UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ELISÂNGELA AZEVEDO DOMINGUES

**PACIENTE IDOSO DESOSPITALIZADO:
A CONTINUIDADE DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR**

SÃO PAULO
2019

ELISÂNGELA AZEVEDO DOMINGUES

**PACIENTE IDOSO DESOSPITALIZADO:
A CONTINUIDADE DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suely Itsuko Ciosak

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2019**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Domingues, Elisângela Azevedo

Paciente idoso desospitalizado: a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar / Elisângela Azevedo Domingues. São Paulo, 2019.

100 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Suely Itsuko Ciosak

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem. 2. Idosos. 3. Terapia nutricional. 4. Alimentação enteral. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Cuidados domiciliares de saúde. I. Título.

Nome: Elisângela Azevedo Domingues

Título: Paciente Idoso Desospitalizado: A Continuidade da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Suely Itsuko Ciosak

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Com amor incondicional, à minha querida mamãe e amiga Regina, mulher de pulso firme que me ensinou a falar, andar, estudar e, principalmente, o que é amor de família.

Que sempre esteve comigo em todos os momentos da minha vida, me ensinando com suas atitudes, de perseverança, força e até mesmo com suas renúncias pessoais, o exemplo do que é ser mulher e mãe, na saúde ou na doença, na alegria ou na tristeza, com discernimento, valores e força.

Hoje agradeço os olhares de advertência, os sorrisos de cumplicidade, os incentivos a continuar meus estudos, sempre com sua frase: “caiu, machucou... agora levanta e segue em frente”, isso me fez ser quem eu sou hoje.

Ainda nos valores do amor de família, agradeço à minha avó Maria (*in memoriam*), mesmo sem estudo, mas com a sabedoria da experiência da vida, me ensinou que ser nobre é ser humilde, na essência da palavra, dizia: “faça tudo com o coração, porque o que vem do coração é verdadeiro”. Minha avó, meu espelho.

Aos amores da minha vida, meus filhos amados, Felipe e Amanda, razão pela qual vale a pena viver.

Agradeço a Deus pela oportunidade de tê-los como meus filhos, vocês me encheram de orgulho pela maturidade, sabedoria e paciência que tiveram comigo no decorrer desta fase da minha vida. As ausências foram em diversos momentos, mas vocês sempre acalentavam meu coração com um sorriso e um abraço.

Obrigada pelos estímulos quando estava desanimada, pela ajuda do dia a dia quando estava cansada, pelas vibrações e manifestos a cada conquista que alcançava e a cada palavra de carinho, que faziam surgir novas esperanças quando tudo parecia não ter fim. Vocês foram meus pilares, minha segurança para que eu buscasse essa conquista. Obrigada por me fazerem acreditar que nossos laços vão além de mãe e filhos, mas sim de companheiros, amigos e cúmplices e que seguiremos unidos nesta longa jornada que chamamos de vida.

À minha querida amiga e maravilhosa irmã, Edilaine, confidente, companheira de todos os momentos, que sempre será única, pela superação diante das dificuldades que enfrentou com sua saúde, minha incentivadora particular, pedacinho do meu coração.

Obrigada por me fazer sorrir quando estava chorando, por despertar em mim o mais prazeroso sentimento de ser tia, da compreensão das ausências nos finais de semana. Obrigada pelos momentos únicos de gargalhadas, momentos que me proporcionaram descanso e leveza para prosseguir e, com todas as considerações, ao meu querido cunhado Betinho, que cuidou em diversos momentos da minha alimentação aos domingos.

A dedicatória é também um incentivo às minhas sobrinhas, lindas da titia, Daniele e Beatriz, que com toda alegria adoçaram meu cansaço e me fizeram sorrir. Com inocência, despertaram em mim o desejo de ser diferente, de fazer a diferença, de construir algo que possa auxiliar outras pessoas.

Aos meus sobrinhos de coração, Murilo, Ketlyn e Maycon, que sempre me incentivaram dizendo: “temos orgulho de você, tia”, obrigada por toda paciência em me esperar para desfrutar de bons e maravilhosos momentos juntos.

E a toda minha família, pelo carinho e incentivo, família que sempre me transmite boas vibrações com amor, carinho, família que ora por mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela benção da vida e sustentação. Por ser meu maior amigo confidencial, em tudo.

À minha eterna, querida e incentivadora amiga, Gabriela, por nossa história de vida, das dificuldades que juntas superamos com choro e muitos sorrisos.

Às professoras doutoras: Lislaine Aparecida Fracolli, Leticia Faria Serpa e Gabriela Ferreira Granja, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Aos queridos amigos João Henrique de Moraes Ribeiro, Claudia Satiko Takemura Matsuba, Denise Philomene, Joseph Van Aanholt, Barbara Bartuciotti Giusti e à doce Luciana Mitsue Sakano Niwa, pela oportunidade e valiosa contribuição de aproximação mais aprofundada com a pesquisa e crescimento profissional na troca de experiências em terapia nutricional.

Ao grupo de pesquisa “A senescência e a senilidade: desafios no cuidar em saúde”, que me despertou o desejo de trilhar o caminho acadêmico, buscando o mestrado.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGE, pelos ensinamentos e contribuições para o meu crescimento, não apenas profissional como também pessoal.

Ao meu Diretor Profº Drº Decio Mion Junior, por acreditar na minha competência, incentivando meu desenvolvimento profissional na área da pesquisa.

A todos os meus colegas de trabalho da Escola de Educação Permanente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em especial para Rosilda, Lucimara e Marta que compartilharam minhas dificuldades, me dando motivação para continuar.

A todos os pacientes, familiares e cuidadores que participaram deste caminho trilhado, compartilhando suas vivências com a Terapia Nutricional Enteral Domiciliar,

como também a troca intensa de experiências, com suas histórias, sofridas complicações e evoluções. A todos, minha eterna gratidão.

A todos os colegas e amigos do Centro Hospitalar, que direta ou indiretamente colaboraram para a realização desta dissertação, em especial minhas amigas Vera, Cristiane e Cidinha, obrigada por toda ajuda.

E por fim, a todos os meus amigos, que mesmo não tendo sido citados, passaram pela minha vida e de alguma forma, seja com palavras, sorrisos, abraços, contribuíram para a realização desta pesquisa. Sou imensamente grata a todos vocês.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha admirada orientadora, Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak, que com muita afeição deu-me em momento ímpar da minha vida a oportunidade de estar sob sua orientação.

Mesmo não tendo uma vivência profunda com a pesquisa, suas falas e seu amplo conhecimento, compartilhados no grupo de pesquisa, me despertaram para a busca de um novo pensar.

Agradeço por todos os seus ensinamentos, pela orientação deste estudo, pela compreensão, por ensinar-me a admirar suas competências, além de ter partilhado suas experiências, oportunidade única no meu crescimento.

Sua orientação me proporcionou não apenas o conhecimento acadêmico, mas igualmente do ser humano incrível e protetor que você é.

Em meus momentos de dificuldades, você contornou a situação desviando os assuntos, mas sempre objetivando para a minha dificuldade e com isso ajudou a superar meus limites, me fazendo acreditar em meu potencial de uma forma que eu não acreditava ser capaz de corresponder.

Nossa vida é feita de momentos e tudo que passa por nós deixa ensinamentos, sejam pessoas, filmes, livros... e você é uma pessoa que jamais esquecerei, assim como nunca esqueci desta música que dedico a você...

To Sir With Love (Lulu)

“Those school girl days
Of telling tales
And biting nails are gone
But in my mind
I know they will still live on and on
But how do you thank someone
Who has taken you from crayons to perfume
It isn't easy, but I'll try
If you wanted the sky I'd write across the sky in letters
That would soar a thousand feet high
To Sir, with love...”

Você sabe como os diamantes e todos os cristais crescem? Adicionando camadas microscópicas, alguns milhares de átomos mês após mês, uma em cima da outra. Milênios após milênios. É assim que as histórias se acumulam também. Abram os olhos e vejam o máximo que puderem antes que eles se fechem para sempre (Anthony Doerr).

APRESENTAÇÃO

Escolhi ser enfermeira por acreditar que o ser humano tem a capacidade de cuidar e educar em todas as fases de sua vida.

Iniciei minha trajetória profissional como enfermeira em um hospital geral particular, onde aprendi a exercer o papel da assistência mais complexa: “o ouvir”. Durante o período que desempenhei minhas atividades neste hospital, passei por diferentes unidades que me fizeram entender e aprender sobre o que é o cuidado.

Quando fui trabalhar na unidade de clínica médica e cirúrgica, onde a maioria dos pacientes eram idosos e estavam em seus mais diversos estágios da vida, uns acamados, outros deambulando, uns se alimentando via oral e outros por sonda, tive o privilégio de desempenhar meu papel de enfermeira, como também, de aprender com os pacientes o significado da troca de um sorriso, a importância da delicadeza no momento de uma punção venosa em um braço de pele sensível, do respeito à experiência de vida do outro.

E então, com o passar do tempo, a vida profissional foi me conduzindo para a área da Educação Continuada.

Em vivência por muitos anos com a Educação Continuada em Enfermagem, passei a observar que a comunicação entre profissional e paciente é um dos pontos cruciais para a efetivação de todas as etapas do cuidado em saúde, visto que, quando ela não é efetiva, gera dúvidas e inseguranças tanto para a equipe de saúde, neste caso a enfermagem, quanto ao paciente, familiares e a todo Sistema de Saúde.

Entendo que a Enfermagem, como educadora e cuidadora, utiliza a comunicação não apenas verbal, mas, principalmente, a não verbal, que tem grande influência nas relações interpessoais entre a equipe de saúde e o paciente/família, interferindo principalmente nas orientações, especialmente as mais complexas.

À medida que os anos passavam, as experiências sobre a abordagem do profissional da saúde para com o paciente influenciavam diretamente no resultado

esperado. Ainda que os grandes avanços na área da comunicação e da tecnologia em saúde tenham trazido melhora na qualidade de vida, as lacunas na comunicação ainda continuam, principalmente no atendimento ao paciente.

Ouvindo uma das apresentações no 7º Congresso Brasileiro de Nutrição em Câncer – CBNC 2016, em que o tema abordado era a terapêutica domiciliar, verifiquei que um dos grandes problemas de sua efetivação continuava sendo a comunicação, ou seja, as falhas nas orientações pré-alta hospitalar influenciavam no seguimento da terapêutica no domicílio.

Neste mesmo evento foram abordados o uso crescente de Terapia Nutricional (TN) domiciliar, principalmente nos pacientes idosos, e as formas de sua implementação. Foi relatado o pouco envolvimento da equipe de enfermagem neste processo, o que trouxe certa preocupação, visto ser uma terapêutica aparentemente simples, porém bastante complexa em seu cuidado e sua manutenção.

Com estas colocações, somadas aos conhecimentos anteriores e o grande movimento para a desospitalização de pacientes, principalmente o idoso, surgiu o interesse em pesquisar como ocorria a transição do uso da TN no hospital público para o domicílio, quem era responsável pelo treinamento e como era realizado, como o serviço público acolhia estes pacientes.

Domingues EA. Paciente Idoso Desospitalizado: A Continuidade da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: o aumento do uso de Terapia Nutricional Enteral em pacientes internados e que muitas vezes necessitam dar continuidade da terapêutica no domicílio, faz com que a alta hospitalar seja estimulada como parte da oferta de cuidados em rede pelo Sistema Único de Saúde, nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. **Objetivo:** verificar o uso e a continuidade da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do paciente idoso desospitalizado. **Metodologia:** pesquisa exploratória, prospectiva e descritiva sob os pressupostos da pesquisa quantitativa e qualitativa, para melhor compreensão da situação da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar, dos pacientes idosos desospitalizados. A coleta de dados foi realizada entre agosto a outubro de 2018, através de entrevistas individuais, previamente agendadas, com idosos de 60 anos e mais, de ambos os sexos, que tiveram alta do Centro Hospitalar do Município de Santo André. Atendendo a Resolução 466/12, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e da Instituição Pública, Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi utilizado um instrumento com questões para captar os dados Sociodemográficos e questões norteadoras para captar a realidade do uso da Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar. **Resultados:** participaram do estudo 67 pacientes, sendo 55,2% do sexo masculino e 44,8% feminino, do total 40,3% ficaram internados até 20 dias. Os principais diagnósticos na admissão para internação foram acidente vascular encefálico com 62,7% e 19,4% com câncer. Das co-morbidades destacaram-se a hipertensão arterial com 61,2% dos pacientes e 29,9% que possuíam hipertensão arterial e diabetes melittus. Dos participantes 76,1% eram acamados, em relação aos cuidadores 73,1% eram familiares e 19,4% formais, 47,8% dos participantes informaram que receberam orientações sobre os cuidados pós-alta por Enfermeiro e Nutricionista. Quanto à Terapia Nutricional Enteral Domiciliar 100% dos participantes faziam uso regular da dieta, 46,3% estavam em uso entre um a três meses e 23,9% no período de seis a 11 meses, a dieta industrializada líquida era utilizada por 74,6% dos pacientes de forma exclusiva. Em relatos 89,6% dos pacientes recebiam as dietas e insumos fornecidos pelo programa de SAD. Ao buscar conhecer a experiência do uso da Terapia no Domicílio emergiram as categorias: *processo educativo em saúde*, as falas expressaram muitas informações ao mesmo tempo. Na *vivência com a TNED*, observou-se expressões de discernimento da necessidade da nova fase pela qual passavam com o despertar na pluralidade de sentimentos dos novos desafios; *enfrentamento das complicações com a TNED*, mesmo com as orientações fornecidas no pré alta hospitalar as complicações não deixaram de ocorrer. Quanto ao *sistema de referência e contrarreferência*, verificou-se que apesar das dificuldades os pacientes estão sendo acolhidos pela Rede. **Conclusão:** Considerando que todos os pacientes com indicação da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar receberam as orientações para o cuidado no domicílio, observou-se da importância do acolhimento e suporte assistencial na Rede para a continuidade da Terapia ao paciente desospitalizado, que mesmo com as dificuldades os pacientes fazem uso da TNED, sem relatos de reinternações.

Descritores: Enfermagem. Idoso. Desospitalização. Terapia Nutricional Enteral. Sonda Nasoenteral. Sistema Único de Saúde, Cuidado Domiciliar.

Domingues EA. Dehospitalized Elderly Patient: The Continuity of Home Enteral Nutritional Therapy [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: the increase in the use of Enteral Nutritional Therapy in inpatients, who often need to continue their treatment at home, means that hospital discharge is encouraged as part of the network of care provided by the Unique Health System at the various points of the Health Care Network. **Objective:** To evaluate the use and continuity of Home Enteral Nutritional Therapy in dehospitalized elderly patients. **Methodology:** Exploratory, prospective and descriptive research under the assumptions of quantitative and qualitative research, to better understand the situation of Home Enteral Nutritional Therapy, with dehospitalized elderly patients. Data collection was carried out from August to October 2018, through previously scheduled individual interviews with elderly individuals aged 60 years and older, of both genders, who were discharged from the Hospital Center of the Municipality of Santo André. In compliance with Resolution 466/12, the study was approved by the Research Ethics Committee of the School of Nursing of USP and the Private Institution. All the participants signed the Free and Informed Consent Form. An instrument was used with questions to capture the socio-demographic data and guiding questions to capture the reality of the use of Home Enteral Nutrition Therapy. **Results:** 67 patients participated in the study, 55,2% male and 44,8% female, of which 40,3% were hospitalized for 20 days. The main diagnoses at admission for hospitalization were cerebral vascular accident with 62,7% and 19,4% with cancer. Among the comorbidities, arterial hypertension stood out with 61,2% of the patients and 29,9% who had arterial hypertension and diabetes mellitus. Of the participants, 76,1% were bedridden, in relation to the caregivers 73.1% were family members and 19.4% were formal caregivers, 47,8% of the participants reported that they received guidance on post-discharge care from Nurse and Nutritionist. As for Home Enteral Nutritional Therapy, 100% of the participants made regular use of the diet, 46,3% were in use between one and three months and 23,9% over a period of six to 11 months, and the liquid industrialized diet was used by 74,6% of the patients exclusively. In reports 89,6% of patients received the diets and inputs provided by the SAD program. When seeking to know the experience of the use of Therapy at Home, the following categories emerged: *educational process in health*, the speeches expressed a lot of information at the same time. In the experience with HENT, there were expressions of discernment of the needs of the new phase they went through with the awakening in the plurality of feelings of the new challenges; *facing complications with HENT*, even with the guidance provided in the pre-hospital discharge the complications did not fail to occur. As for *the system of reference and counter-reference*, it was found that despite the difficulties the patients are being welcomed by the Network. **Conclusion:** Considering that all patients with indication of Home Enteral Nutritional Therapy received the guidelines for home care, it was observed the importance of the reception and assistance support in the Network for the continuity of Therapy to the dehospitalized patient, that even with the difficulties the patients make use of HENT, without reports of readmissions.

Descriptors: Nursing. Elderly. Dehospitalisation. Enteral Nutritional Therapy. Nasoenteral Feeding Tube. Unique Health System, Home Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização Sociodemográfica e Econômica dos pacientes em uso de Terapia Nutricional, segundo sexo. São Paulo, 2019	44
Tabela 2	Condições de saúde dos pacientes em uso de TNED, segundo sexo. São Paulo, 2019.....	46
Tabela 3	Informações sobre o uso da TNED, segundo sexo. São Paulo, 2019	49
Tabela 4	Informações sobre o uso da TNED, segundo a idade. São Paulo, 2019	50

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHMSA	Centro Hospitalar do Município de Santo André
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DM	Diabetes Mellitus
EEUSP	Escola de Enfermagem da universidade de São Paulo
EMTN	Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional
FMABC	Faculdade de Medicina do ABC
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNI	Política Nacional do Idoso
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SNE	Sonda Nasoenteral
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TN	Terapia Nutricional
TND	Terapia Nutricional Domiciliar
TNE	Terapia Nutricional Enteral
TNED	Terapia Nutricional Enteral Domiciliar
TNP	Terapia Nutricional Parenteral
OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 IDOSO	19
1.2 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL	22
1.3 JUSTIFICATIVA	27
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO	30
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO	34
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	37
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	37
4.5 COLETA DOS DADOS.....	38
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	39
5 RESULTADOS	41
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES PARTICIPANTES DO ESTUDO	42
5.2 A EXPERIÊNCIA DO USO DA TNED	51
6 DISCUSSÃO.....	52
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES	53
7 CONCLUSÃO	70
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES	85
ANEXOS	92

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 IDOSO

O nível socioeconômico de cada nação influenciou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a estabelecer considerações sobre a idade do idoso. Em países desenvolvidos são considerados idosos os indivíduos com 65 anos ou mais, já nos países em desenvolvimento, que é o caso do Brasil, idoso é aquele que tem 60 anos ou mais (WHO, 2015; Ciosak et al., 2011b).

As projeções demográficas sugeriram uma população no mundo, com 60 anos ou mais, de 841 milhões em 2013 e para mais de dois bilhões em 2050, resultado que está ocorrendo de forma mais acelerada nos países em desenvolvimento. Não se pode deixar de observar que o Brasil passou a ingressar a rota do envelhecimento populacional, sendo cada vez maior o número de “caminhantes grisalhos”. Os idosos no Brasil, atualmente, somam cerca de 23,5 milhões, mais que o dobro registrado em 1991, com expectativa de vida de 74,9 anos, trazendo aumento no acesso aos cuidados em saúde e importante impacto para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Filho, 2015; Ciosak, Moreira, 2011; Figueiredo et al., 2007).

Com estas alterações no perfil populacional, objetivou-se a criação de condições para promover a longevidade com qualidade de vida, focando ações não apenas para os que estão idosos, mas também, para aqueles que irão envelhecer. Pode-se entender que o envelhecimento é um processo natural da vida, pelo qual o homem está subjugado a passar, e está associado aos fatores biológicos, psíquicos e sociais. Estas alterações se diversificam de um indivíduo para outro e são relacionadas aos fatores como estilo de vida, condições socioeconômicas e doenças crônicas (Braga et al., 2016; Hojaij, Oliveira, 2015; WHO, 2015).

Desta forma, foi estabelecida a Política Nacional do Idoso (PNI), com normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Dentro dessa PNI foi aprovado o Estatuto do idoso, Lei 10.741/2003, que redireciona as prioridades das ações das políticas públicas para proteger o idoso em situação de risco social (Brasil, 1994).

Em decorrência desta mudança demográfica, transformou-se também o perfil de saúde com complexas mudanças dos padrões saúde-doença. De acordo com o

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), três em cada quatro idosos têm alguma doença crônica, o que se deve ao fato do aumento da expectativa de vida dos idosos, que traz consequências sociais e influencia ainda mais nas taxas de indivíduos portadores de doenças crônicas. Evidencia-se que os aumentos se devem às doenças: cardiovasculares, respiratórias, osteomusculares, neuropsiquiátricas, diabetes mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e certos tipos de câncer (Filho, 2015; Ciosak, Moreira, 2011; IBGE, 2018; Felipe, 2011).

Entre as alterações mais presentes no processo de envelhecimento, destaca-se a sarcopenia, a qual pode ser definida como diminuição da capacidade neuromuscular, reduzindo de maneira contínua e generalizada a força e a massa muscular no idoso, tendo como consequências o desequilíbrio, a dificuldade para realizar algumas atividades de forma independente, como sentar e levantar, caminhar, fazer compras, arrumar a casa e, até mesmo, para as atividades básicas, como tomar banho e se levantar da cama, afetando, com isso, a qualidade de vida. Com o aumento da fragilidade do idoso, maiores são os riscos de queda, o que os faz necessitar, muitas vezes, do auxílio de outra pessoa para locomoção ou de equipamentos de apoio, como andadores, bengalas e cadeiras. Além disso, a sarcopenia pode atuar de forma sinérgica com outras doenças de base, aumentando as necessidades nutricionais (Pompeu et al., 2015; Brasil, 2015).

Embora algumas doenças crônicas acometam a maioria dos idosos, é certo que nesta fase da vida há maior presença de processos patológicos, corporais, bioquímicos e fisiológicos, fazendo com que as necessidades nutricionais se transformem, principalmente se associadas a algumas doenças, que requerem intervenção nutricional para corrigir e/ou aumentar a capacidade de reparação aos danos (Brasil, 2015).

Por consequência de tais condições, o idoso muitas vezes é conduzido à hospitalização, utilizando de maneira mais intensa os serviços hospitalares do que em relação aos demais grupos etários, gerando maiores custos, com implicações em tratamentos prolongados, recuperação lenta e consequentemente atenuação da capacidade funcional. Por vezes, necessita de reinternações, o que leva à suscetibilidade de complicações devido ao repouso prolongado no leito durante a hospitalização. Nesta ótica, a intervenção de Terapia Nutricional (TN) se faz necessária para prevenir desfechos indesejáveis e auxiliar na recuperação do paciente idoso que, por sua vez, tem ganhado cada vez mais atenção dos gestores

dos serviços de saúde, fazendo com que as instituições se reorganizem nas formas de atendimento, buscando maior efetividade no atendimento e resultados ponderados nos custos envolvidos (Piovacari, Matsuba, 2017; Brasil, 2016a; Inouye, Pedrazzani, Avarini, 2008).

Contudo, é importante reiterar que as mudanças nos hábitos alimentares dos idosos contribuem para maior déficit nutricional, uma vez que apresentam dificuldades para mastigar, devido à dentição em estado precário de conservação, próteses dentárias inadequadas ou doenças periodontais. Soma-se a isso o esvaziamento gástrico e a motilidade intestinal mais lenta, o que favorece a constipação. Além disso, a redução da sensibilidade ao paladar e odor dos alimentos pode diminuir o apetite e, conseqüentemente, levar à desnutrição. Assim como a pouca ingestão de água e o uso de diuréticos podem levar à desidratação. Lembrando que os efeitos complementares de alguns medicamentos de uso habitual podem comprometer o estado nutricional do idoso, como é o caso de barbitúricos e ansiolíticos, que causam sonolência (Serpa, 2014; Silveira, 2012; Silva, Rodrigues, 2009; Campos et al., 2000).

Entende-se, assim, que a recuperação do estado nutricional do idoso deve ser a mais precoce possível, pois quanto maior a perda, maior a dificuldade de regeneração. Tal como deve ser rápida a escolha da TN, que pode ser enteral ou parenteral.

A Terapia Nutricional Parenteral (TNP) é administrada de forma intravenosa, em casos que apresentam dificuldade de acesso/administração gastrointestinal, o que difere da Terapia Nutricional Enteral (TNE) em que são utilizadas sondas nasoenterais (SNE) para uso de curto prazo, e para as de longo prazo são utilizadas as ostomias de nutrição gástrica ou jejunal (Watzberg, Nogueira, 2009).

Ambas as terapias permitem atingir as necessidades proteico-calóricas e as necessidades mínimas diárias de vitaminas e minerais que o idoso necessita, sendo que a TNE possui alguns benefícios e facilidades ao paciente idoso por ser mais fisiológica, mas, principalmente, em relação à segurança, comodidade e uma boa relação custo/benefício, com possibilidade de sua aplicação no domicílio (Alves, Watzberg, 2009).

Neste contexto, compreende-se que a TNE é mais segura e de mais fácil manejo que a TNP e proporciona, igualmente, ao idoso, a sua recuperação clínica e nutricional, permitindo ainda a continuidade da TN no domicílio (Aanholt et al., 2017).

1.2 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), marcou uma etapa importante nas situações de desnutrição, deficiências nutricionais, obesidade e doenças associadas à alimentação e nutrição (Brasil, 2012).

A PNAN tem como propósito:

“A melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição” (Brasil, 2012).

Neste sentido, compreende-se que a prevenção e o monitoramento da situação nutricional, alimentar e de doenças associadas à alimentação e nutrição, favorecem o equilíbrio metabólico, a autonomia e a longevidade do indivíduo. Neste entendimento a TN é de fundamental importância para garantir o aporte nutricional do paciente e deve ser acompanhada por uma Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN), em que onde cada profissional tem suas competências específicas (Aanholt et al., 2017; Piovacari, Matsuba, 2017).

A TN é definida como o conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente (Brasil, 2016b) e tem como principais objetivos:

“Prevenir e tratar a desnutrição, preparar o paciente para o procedimento cirúrgico e clínico, melhorar a resposta imunológica e cicatricial, modular a resposta orgânica ao tratamento clínico e cirúrgico, prevenir e tratar as complicações infecciosas e não infecciosas decorrentes do tratamento e da doença, melhorar a qualidade de vida do paciente, reduzir o tempo de internação hospitalar, reduzir a mortalidade e, consequentemente, reduzir custos hospitalares” (Brasil, 2016b p.15).

A TNE faz parte da TN, sendo considerada como método terapêutico na administração controlada de nutrientes na prevenção da desnutrição e manutenção ou melhora do estado nutricional. Este método é utilizado em pacientes com ingestão oral inadequada ou menor que as necessidades diárias. Estas práticas são usuais tanto no âmbito hospitalar como domiciliar (Figueredo, 2011; Brasil, 2000; Raslan et al., 2008).

A TNE não se encerra apenas na escolha dos nutrientes adequados, nas necessidades dos pacientes e no preparo da dieta, mas também, nos cuidados de

conservação, higiene dos frascos e insumos utilizados para a administração. A dieta utilizada pode ser industrializada ou preparada manualmente, sendo administrada de forma intermitente ou contínua. Entretanto a manipulação da dieta no domicílio não é fácil, principalmente quando a dieta a ser utilizada é a caseira, que pelo seu cuidado pode causar desistência da terapia, agravando o quadro clínico e nutricional do paciente. (Brasil, 2015).

Alguns cuidados com a dieta devem ser observados como (Ciosak, 2014):

- Aspecto da dieta (cor, densidade, homogeneidade) e volume no preparo e na administração;
- Armazenamento que deve ser realizado sob refrigeração a temperatura entre 4° a 8° C, retirar do refrigerador uma hora antes da administração, nunca aquecer a dieta em temperatura acima de 30° sob risco de ocorrer coagulação;
- Administração da dieta, que deve ser infundida, de acordo com o volume e velocidade prescritos, em temperatura ambiente.

Para que o estado nutricional do paciente obtenha resultados positivos, é importante que a enfermagem observe vários cuidados de forma rigorosa em relação à TNE, que apesar de ser a forma mais fisiológica ela não é isenta de complicações. A segurança do paciente é um dos aspectos que devem ser considerados em todo o processo de administração da TNE, sempre com o olhar voltado para a prevenção, evitando assim, tratamentos desnecessários, desconforto do paciente e demais riscos como:

- Contaminação da dieta, que pode levar a infecções, provocando diarreias e outros agravos;
- Bronco aspiração e broncopneumonias, ponto crítico nesta terapêutica que deve ser prevenida com a manutenção da cabeceira da cama do paciente elevada entre 45 e 90°;
- Desidratação é outro ponto importante que pode prejudicar o estado nutricional dos pacientes;
- Obstrução da sonda, a lavagem da sonda nasoenteral (SNE) antes e após a administração da dieta e de medicamentos é de suma importância, para

manter a pervidade da sonda;

- Deslocamento e lesões de asas do nariz, para manter o posicionamento correto e garantir a infusão conforme planejado, considerando o volume/tempo, além dos cuidados de higiene, que possibilitam alcançar a segurança e a efetivação da meta proteico-calórica e principalmente o bem-estar dos pacientes.

Todos esses cuidados exigem orientação cuidadosa, precisa e consistente para que o paciente e a família possam assumi-los no domicílio, evitando dúvidas, insegurança, complicações e interrupção da terapêutica, com prejuízo na recuperação do paciente (Ciosak, Matsuba, 2017; Serpa, 2014).

Muitos pacientes idosos após o tratamento da fase aguda da doença de base, permanecem internados apenas para a TN, mesmo com o quadro clínico estável, trazendo com isso outras consequências, tanto para o paciente como para a instituição de saúde. O afastamento da família, do seu ambiente e a restrição de movimentos pode afetar sua qualidade de vida, agravando seu estado de saúde, possibilitando riscos como a aquisição de infecção hospitalar. Além disso, a permanência prolongada traz ônus à instituição hospitalar, pela necessidade de maior rotatividade de leitos e aumento dos custos com a internação (CONASS, 2011).

Com o olhar voltado para a qualidade de vida do paciente e para a TN, a desospitalização é uma alternativa que vêm apresentando um expressivo crescimento no Brasil, tanto por questões humanísticas quanto econômicas ao sistema de saúde. Entende-se que para ocorrer a desospitalização o paciente deverá estar em condições clínicas estáveis, podendo receber o acompanhamento no ambulatório ou no domicílio.

Assim, a desospitalização abre uma importante porta para o cuidado domiciliar - *Home Care* que por sua vez assume desafios para o cuidado (Brasil, 2015; Ciosak, 2014).

“O cuidado domiciliar, “Home care” ou atendimento domiciliar, pode ser conceituado como o conjunto de procedimentos hospitalares passíveis de serem realizados no ambiente domiciliar do paciente, englobando ações de saúde de equipe multiprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente vive, buscando a promoção, manutenção e reabilitação da saúde”.

O planejamento para a desospitalização dos pacientes em TN deve ser estruturado na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Básica (AB) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, utilizando mecanismos de comunicação e complementação do cuidado entre os diferentes serviços e equipes de saúde. Com isso, a Terapia Nutricional Domiciliar (TND) tem sido disseminada e tem como fundamentos, o paciente, a família, o contexto domiciliar, o cuidado e a equipe multiprofissional, na qual a Enfermagem tem competências fundamentais na administração da TN (Brasil, 2015; COFEN, 2014).

Assim entende-se que a TND pode ser definida como:

“Assistência nutricional e clínica ao paciente em seu domicílio, com o objetivo de recuperar ou manter o nível máximo de saúde, funcionalidade e comodidade e está associada à redução de custos assistenciais. A TND pode ser instituída em regime oral, enteral ou parenteral e deve ser parte do acompanhamento clínico de pacientes de média e alta complexidade. É considerada segura e quando bem indicada, tem relação custo-benefício satisfatória, com bom planejamento e monitoramento adequado por parte de equipe especializada”. (Ciosak, 2014 p. 117).

Ainda na perspectiva do PNAN onde a articulação entre o SUS e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) tem o pacto de viabilizar o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na RAS, vinculado às ações de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) com vistas ao enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e dos agravos em saúde, na ótica de seus determinantes sociais. A TND deve ter a garantia para a continuidade do tratamento nutricional dos pacientes desospitalizados, que se encontram em condições clínicas estáveis, com tolerância à TND e ter um responsável familiar/cuidador com compreensão para o cuidado desta terapêutica, pois as orientações sejam no ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliar são de suma importância para o cuidado e principalmente para a adesão do paciente à terapia (Brasil, 2013; Aanholt et al., 2012).

Assim podemos subentender que a adesão pode ser definida como:

“A terapêutica e a adesão às práticas de intervenção à saúde se configuram como necessidade para a consecução da saúde e está se apresenta como um projeto de vida. Nesta perspectiva, há pró-atividade frente à necessidade de superação do momento da enfermidade e há responsabilidade e compromisso junto à equipe de saúde na condução das intervenções de saúde. Assume-se, o sujeito enquanto sujeito do processo e não como cumpridor de projetos terapêuticos que não correspondem às suas necessidades de vida. Portanto, entende-se que tanto mais restrito o

entendimento do indivíduo a respeito do processo saúde-doença, tomando-o como resultado de uma relação linear, em que se conjugam, quando muito, os atributos do agente etiológico, do hospedeiro e do meio ambiente, mais passiva será sua atitude perante a necessidade de superação da enfermidade” (Bertolozzi et al., 2009 p.1328).

Nestes critérios, é importante conhecer as necessidades, os limites e potencialidades do paciente e do familiar envolvido, para a prática do manejo com a sonda e a TNE. A má qualidade da orientação dos profissionais da enfermagem na desospitalização, ou a não compreensão das informações pelo paciente, podem gerar insegurança frente à nova situação, uma vez que a TND envolve o gerenciamento de um conjunto de ações interdisciplinares como educação, prática e comunicação com o objetivo de prevenção, recuperação e manutenção da saúde do paciente, considerando a segurança de todos os envolvidos (Piovacari, Matsuba, 2017).

Deve-se considerar então que a atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral da RAS, podendo ser acompanhada por diversos segmentos, independentemente do seu estado clínico. É essencial que a AB seja atuante, resolutiva e integrada aos demais equipamentos de saúde para dar a devida continuidade ao cuidado, que por sua vez, tem implicações importantes no resultado da TNED (Brasil, 2015).

Para este prosseguimento, o Programa Melhor em Casa, se apresenta com uma abordagem diferenciada proporcionando um atendimento profissional de acordo com as necessidades do paciente. Indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a Atenção Domiciliar (AD) é a mais indicada para o seu tratamento (Brasil, 2015).

De acordo com os propósitos do PNAM associados aos direitos da população à Saúde, apresenta-se como um dos focos na melhoria das condições de alimentação e orientados pela concepção do SUS que se baseia na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, no qual se define que para se ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação e por meio da Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, emergem os seguintes princípios (Brasil, 1990):

- **Universalidade:** o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; ou, ainda, atenção a todo e qualquer cidadão nos serviços públicos ou contratados;
- **Integralidade:** significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades: biológica, emocional e social;
- **Equidade:** princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Diante dessas premissas, entende-se que o cuidado domiciliar ainda enfrenta desafios básicos importantes no modelo assistencial, pois a fragilidade nestes três pilares do atendimento é visível, demandando avanços e ajustes significativos.

Partindo desse pressuposto, algumas indagações se manifestam frente às inquietudes quanto à TNED.

Em que as orientações pré- alta hospitalares estão contribuindo para o uso da TNE no domicílio? Os pacientes estão fazendo uso da TNED de forma correta? Quem são os responsáveis na Atenção Básica pelo acompanhamento no domicílio? Como se dá o atendimento a TNED desses pacientes na rede básica de saúde?

1.3 JUSTIFICATIVA

Observa-se que há um aumento crescente do uso de TNE em pacientes internados, especialmente os idosos e que muitos destes, necessitam dar continuidade a esta terapêutica no domicílio; além de que a atenção à saúde no domicílio é estimulada pelo SUS como parte da oferta de cuidados em rede, no processo de alta hospitalar e que uma das formas da oferta de cuidados é o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) por meio do Programa Melhor em Casa, que tem uma vertente voltada à TNED.

Objetiva-se frente a esta realidade, buscar com o presente estudo avaliar o uso e a continuidade da TNE dos idosos desospitalizados no domicílio e a abrangência do Programa Melhor em Casa.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar o uso e a continuidade da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do paciente idoso desospitalizado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil sociodemográfico e de saúde dos pacientes idosos desospitalizados com TNED;
- Avaliar como as orientações recebidas no período pré alta hospitalar, influenciaram na adesão da TNED;
- Avaliar o acesso, o fornecimento, o uso da TNED e problemas encontrados pelos idosos desospitalizados;
- Conhecer a percepção do paciente/cuidador sobre o uso da TNED.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Compreendendo que a Terapia Nutricional Enteral Domiciliar precisa de uma boa prática com acompanhamento, educação e fornecimento de dietas adequadas, a AD se faz componente da continuidade dos cuidados à saúde do paciente no domicílio após a desospitalização, com ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação.

Integrada à RAS, a AD proporciona um cuidado com o olhar voltado para as estruturas familiares, infraestruturas no domicílio, assim como os serviços que a Rede possa oferecer para a assistência, evitando-se hospitalizações desnecessárias e muitas vezes prolongadas, com diminuição dos riscos, maior rotatividade nos leitos hospitalares, conseqüentemente com redução dos custos. Assim, a atenção às necessidades alimentares especiais por meio da TN é cada vez mais frequente na AD (Brasil, 2015).

Desde 1990, a AD tem se expandido no Brasil. Em 2011 foi representada pelo Programa Melhor em Casa, instituído pela portaria 2.029 de agosto, que posteriormente foi substituída pela portaria 2.527 de outubro de 2011. A Portaria 825 considera como (Brasil, 2016a):

I – Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - Cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Assim as atribuições dos profissionais da AD, auxiliares ou técnicos de enfermagem, enfermeiro, médico, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional, também são descritas pela Portaria 825, conforme seguem (Brasil, 2016a):

I - Trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;

- II - Identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;
- III - Acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;
- IV - Promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;
- V - Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;
- VI - Pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;
- VII - Articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e
- VIII - Participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

À vista disso, o paciente em TNED deve ser inserido nas linhas de cuidado integral de acordo com suas necessidades, ter acompanhamento de equipe especializada, obter educação continuada para o cuidado, suporte nutricional diariamente, como insumos e equipamentos, por diferentes pontos das RAS, reduzindo a fragmentação da assistência (Brasil, 2015).

Portanto, para interpretação, compreensão e estruturação das análises do fenômeno estudado foi utilizado como referencial teórico a TNED.

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo exploratório, prospectivo e descritivo, foi realizado sob os pressupostos da pesquisa quantitativa e qualitativa.

Os dados quantitativos permitiram contextualizar o perfil dos idosos em uso de TNED no domicílio e a forma que se dá esta continuidade, com foco na mensuração do fenômeno estudado pelo emprego tanto da quantificação nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas (Richardson, 2011; Gil, 2007).

Já os dados qualitativos, permitirão buscar a interpretação da situação através da consciência, da vivência dos pacientes, além de compreender como estes percebem o mundo da TNED, que não podem ser descritos com variáveis quantitativas.

Considerando que diante do conjunto de dados quantitativos e qualitativos, os mesmos não se opõem, mas, pelo contrário, complementam-se, uma vez que a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (Minayo, 1994).

A adoção desta metodologia possibilitará responder melhor ao objetivo do presente estudo que é avaliar a continuidade do uso da TNED pelos pacientes idosos desospitalizados.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Este estudo foi realizado no Município de Santo André, da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), localizado entre o Planalto Paulista e a escarpa da Serra do Mar, e possui uma área de 174,38 km². Dista a 18 km da capital paulista e integra a região do ABC, junto com os municípios de Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul. Possui uma localização privilegiada, cercada de vias importantes que facilitam o deslocamento para municípios vizinhos e acessos ao Litoral Sul e Baixada Santista (São Paulo, 2014). (Figura 1).

Figura 1 – Localização de Santo André na Região Metropolitana de São Paulo e no ABC

Fonte: PSA. Elaboração: DISE/SOPP/PSA

De acordo com os dados do IBGE 2017, o município de Santo André, atualmente, tem uma população de 715.231 habitantes, dos quais 90.992 são idosos.

A fonte primária foi o Centro Hospitalar do Município de Santo André (CHMSA), cuja escolha se deu por ser hospital de referência regional, ter um serviço estruturado, participativo e atuante da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) e pela circunstância da pesquisadora ser moradora e ter atuado como profissional por seis anos no município.

O CHMSA tem sua origem na Santa Casa de Santo André, inaugurada em abril de 1912, desde então, a pequena Santa Casa cresceu e em 1952 foi municipalizada, ganhando o nome de Hospital Municipal. A nova denominação, Centro Hospitalar do Município de Santo André (CHMSA), veio em 1999.

A partir da década de 70, tornou-se hospital-escola, recebendo as primeiras turmas da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

São 278 leitos, sendo 20 de UTI Adulto e 09 de UTI Pediátrica. Em média são realizadas por ano 3.400 cirurgias e mais de 120 mil atendimentos no ambulatório médico (São Paulo, 2019).

O CHMSA é um dos mais importantes e o mais antigo equipamento hospitalar do município e é gerido pela administração direta da Secretaria de Saúde do Município de Santo André. É um hospital geral voltado para o atendimento exclusivo ao SUS, sendo referência na rede municipal para os casos de urgência e emergência, para algumas atividades de Alta Complexidade, tais como neurocirurgia, terapia nutricional enteral e parenteral dentre outras. Possui serviços de apoio diagnóstico e tratamento nas áreas de radiologia, análises clínicas, ultrassonografia, broncoscopia, endoscopia, laringoscopia, colonoscopia, retossigmoidoscopia, ecocardiograma, eletrocardiograma, tomografia computadorizada, hemoterapia e ressonância nuclear magnética, instalados no próprio hospital.

Analisando as internações realizadas no município em 2013, segundo o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, 85% das internações foram de urgência, 14% foram eletivas e 1% decorrentes de acidentes de trabalho. As maiores médias de permanência foram registradas nos procedimentos de atenção domiciliar, 29,1%, e nas cirurgias para tratamento de neuropatia compressiva, 28,5%, esofagogastrectomia em oncologia, 27,3%, e tumor cerebral/intracraniano, 25,1%. Para a população com mais de 60 anos, que é a amostra deste estudo, a representatividade das principais causas de óbitos são: as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório.

O município possui 02 hospitais de referência, o CHMSA e o Hospital da Mulher, 20 Unidades de Saúde, 12 Unidades de Saúde da Família, cinco Centros de Especialidades, 14 Centros de Serviço em Saúde Mental, três Serviços de Urgência e Emergência, três Unidades de Pronto Atendimento, três unidades de Pronto Atendimento, cinco ambulatórios de especialidades de odontológico, Moléstias Infecciosas, Especialidades, Saúde do Trabalhador e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), (São Paulo, 2016).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para este estudo foram incluídos todos os pacientes desospitalizados do CHMSA, a partir de julho de 2018, que tiveram indicação de uso de TNED e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Ter 60 anos de idade e mais;
- Ambos os sexos;
- Estar em uso de TNE no domicílio por pelo menos 30 dias, período este em que se supõe que o paciente esteja adaptado e acolhido na AB;
- Ser residente e ter acompanhamento na AB do município de Santo André;
- Conscientes ou não, caso esteja impossibilitado de responder ao formulário o familiar ou o cuidador poderão responder ao instrumento;
- Aceitarem a participar da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados desta pesquisa foi elaborado um formulário (Apêndice A) preenchidos pela pesquisadora, contendo dois tópicos principais:

1. Identificação dos participantes com dados sócio demográficos e clínicos: idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, dados sobre o diagnóstico, a indicação do uso da TNE e outras informações sobre a TNED;
2. Questões norteadoras sobre a experiência do uso da TNED.

As respostas das questões norteadoras foram gravadas e transcritas para análise.

4.5 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2018. A partir da relação dos pacientes que receberiam alta do CHMSA com uso de TNED fornecida pelas nutricionistas e enfermeiras da Instituição, semanalmente, foram selecionados os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão. Após esta seleção os dados de identificação dos participantes foram levantados dos prontuários de pacientes no próprio CHMSA.

Durante este período de triagem, houve mudanças dos fluxos para encaminhamentos dos pacientes, que passaram a ser direcionados diretamente para o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), diferente do que havia sido planejado, pois os pacientes eram encaminhados para a AB de cobertura da área de sua residência. O que facilitou não só localizar os pacientes, como também, a estes terem um sistema de referência e contrarreferência mais efetivo.

As entrevistas com o paciente e/ou familiar, foram individuais, realizadas pela pesquisadora com agendamento prévio por telefone com apresentação pessoal e um breve relato sobre o estudo, momento no qual se verificou o aceite ou não à participação na entrevista.

A visita foi agendada de acordo com a possibilidade de horário do participante. No dia da entrevista foi realizada a apresentação formal sobre a identidade da pesquisadora, o objetivo do estudo e as questões éticas referentes à participação.

As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos e foram realizadas no ambiente de escolha do participante, considerando o local que se sentisse mais confortável. Após a acomodação leu-se o TCLE e iniciou-se a entrevista, que teve após consentimento do paciente, momentos de gravação para as questões qualitativas.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para os dados quantitativos foi criado um banco de dados estruturado utilizando o programa Excel® e para o processamento e análise de dados, o pacote estatístico Stata 13®, a partir do qual, foram construídas tabelas dos principais resultados que foram apresentados em frequência absoluta e percentual.

Os dados qualitativos foram analisados de acordo com os preceitos da análise de conteúdo de Bardin (2009) que se fundamenta em um conjunto de técnicas de análise de comunicação, a partir dos discursos dos sujeitos, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo possui três etapas básicas: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados (Bardin, 2009).

1. A pré-análise é substancialmente a primeira etapa da organização do material obtido, sistematiza as ideias iniciais, de modo que o material se torne útil à pesquisa. É nesta fase que, constitui-se o *corpus*, conjunto de documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos, orientado inicialmente pelas hipóteses ou pressupostos e pelo referencial teórico. Nessa fase, realiza-se a leitura geral, ou também chamada de leitura flutuante de todo o material empírico, que consiste em estabelecer um contato com o material de estudo, conhecer inicialmente o material e criar familiaridade com ele, por meio de leituras sucessivas.
2. Na segunda etapa de exploração do material utilizam-se os procedimentos de classificação ou categorização das informações coletadas,
3. Na terceira fase de tratamento e interpretação dos resultados, utiliza-se a reflexão e a intuição embasadas no material empírico, a fim de aprofundar a análise buscando revelar o conteúdo latente existente nas informações obtidas. Depois da síntese e seleção dos resultados, são feitas as inferências e a interpretação dos dados sob a luz do referencial teórico adotado (Bardin, 2009).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Atendendo à Resolução 466/12, referente à pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) sob parecer nº 2.712.883 (Anexo 1) e pelo CEP da Faculdade de Medicina do

ABC (FMABC) instituição coparticipante sob parecer nº 2.793.884 (Anexo 2).

Considerando-se a mesma Resolução foi elaborado um TCLE, em linguagem simples, clara e objetiva para os usuários do serviço, informando-lhes sobre os objetivos da pesquisa, finalidade da investigação, os procedimentos, riscos, benefícios, garantia do sigilo e respeito ao desejo de participar ou não do estudo. Além do direito a liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isso pudesse causar qualquer tipo de prejuízo no estudo (Apêndice B).

Todos os participantes leram e assinaram o TCLE, no qual constam esclarecimentos sobre a pesquisa realizada, assim como que os dados coletados seriam utilizados somente para a pesquisa, e os resultados poderiam ser veiculados por meio de artigos científicos em revistas especializadas e/ou eventos científicos, sempre a resguardar a identidade. O termo assinado em duas vias, uma delas ficando com o participante e a outra com o pesquisador.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Buscando verificar o uso e a continuidade da TNED no paciente idoso desospitalizado, no período proposto foram levantados 96 prontuários no CHMSA, sendo que destes, foram excluídos:

- 06 pacientes por serem moradores de outros municípios;
- 08 pacientes que estavam abaixo de 60 anos;
- 04 pacientes por estarem em uso da TNE por menos de 30 dias.

Obteve-se um total de 78 pacientes que atendiam aos critérios de inclusão, destes:

- 09 pacientes e/ou familiares se recusaram a participar do estudo;
- 02 familiares que cancelaram a entrevista por óbito do paciente.

Portanto, o estudo se fez com 67 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e que aceitaram (ou por familiares) a participar da entrevista.

Para facilitar a apresentação dos dados os mesmos serão divididos em dois tópicos: Caracterização dos pacientes participantes do estudo e experiência do uso da TNED.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES PARTICIPANTES DO ESTUDO

Da totalidade das entrevistas, 100% (67), encontramos entre os usuários de TNED um contingente de 55,2% (37) do sexo masculino, apenas 8,1% maior que as mulheres. Em relação à procedência, 82,1% (55) dos participantes são do Estado de São Paulo, 17,9% (12) vieram de outros estados (Tabela 1).

As idades estavam distribuídas de forma semelhante nas três primeiras faixas etárias propostas, porém encontramos maior número de homens tanto na faixa de 60 a 70 anos, 19,4% (13), quanto de 71 a 80 anos, 16,4% (11), mas na faixa de 91 a 100 anos tivemos o dobro de mulheres em relação aos homens (Tabela 1).

Neste grupo, tivemos 67,2% (45) dos idosos que referiram ser de cor branca. Em relação à escolaridade, constatou-se que os idosos em percentual maior estudaram até o ensino fundamental, com total de 58,2% (39). Ainda que houvesse pouca diferença entre os homens e as mulheres, verificou-se maior número de homens sem escolaridade, 14,9% (10), em relação às mulheres, 7,5% (5). Nesta população, apenas 6,0% (4) tinham nível superior (Tabela 1).

No que diz respeito ao estado civil dos participantes, observou-se que 52,2% (35) dos idosos viviam sem companheiros, sendo mais expressivo entre as mulheres, em que 80% (24) viviam sozinhas. Situação inversa aos homens, em que 70,3% (26) viviam com suas companheiras (Tabela 1).

No que se refere à moradia, os dados apresentados mostram que a maioria, 82,1% (55), morava em casa própria, não havendo diferença entre os sexos. A maioria dos participantes, 95,5% (64), morava com a família, independente do sexo. Chamou atenção que somente 4,5% (3) residem em Clínica de Repouso, todos do sexo masculino (Tabela 1).

Foi interessante constatar que 55,2% (37), ou seja, mais da metade dos idosos, não quiseram informar a renda familiar, considerando apenas que recebem o suficiente para viver. Ainda que 28,3% (19) referissem de um a três salários mínimos, percentualmente não houve diferença importante entre os sexos. Já para os que recebiam mais de quatro salários mínimos, os homens tiveram uma porcentagem maior. Em contrapartida, quando se refere à renda familiar acima de sete salários mínimos, as mulheres, 3,0% (2), apresentam o dobro do percentual em relação aos homens, 1,5% (1). Apenas 3,0% (2) não possuíam renda, sendo todos homens (Tabela 1).

Verifica-se que esta renda, em sua maioria, 73,1% (49), é decorrente da pensão ou aposentadoria, sendo estas mais frequentes entre os homens, 40,3% (27), do que entre as mulheres, 32,8% (22) (Tabela 1).

Em relação à religião, o catolicismo foi evidenciado em 46,3% (31), em proporção semelhante entre os homens e mulheres. Para as outras religiões, encontramos que no cristianismo houve mais mulheres, 16,4% (11), e mais homens no espiritismo, 3% (6) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica e Econômica dos pacientes em uso de Terapia Nutricional, segundo sexo. São Paulo, 2019

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Procedência						
São Paulo Capital	33	49,3	22	32,8	55	82,1
Outros Estados	4	6,0	8	11,9	12	17,9
Idade						
De 60 a 70 anos	13	19,4	8	11,9	21	31,3
De 71 a 80 anos	11	16,4	8	11,9	19	28,4
De 81 a 90 anos	11	16,4	10	14,9	21	31,3
De 91 a 100 anos	2	3,0	4	6,0	6	9,0
Cor/Origem Étnica						
Branca	28	41,8	17	25,4	45	67,2
Parda	8	11,9	10	14,9	18	26,8
Preta	1	1,5	3	4,5	4	6,0
Escolaridade						
Fundamental	21	31,3	18	26,9	39	58,2
Sem escolaridade	10	14,9	5	7,5	15	22,4
Ensino médio	3	4,5	6	9,0	9	13,4
Superior	3	4,5	1	1,5	4	6,0
Estado civil						
Sem companheiro (a)	11	16,4	24	35,8	35	52,2
Com companheiro(a)	26	38,8	6	9,0	32	47,8
Reside com quem?						
Com familiares	34	50,7	30	44,8	64	95,5
Clínica de repouso	3	4,5	0	0,0	3	4,5
Casa onde mora						
Própria	28	41,8	27	40,3	55	82,1
Alugada	6	9,0	3	4,5	9	13,4
clínica de repouso	3	4,5		0,0	3	4,5
Renda familiar						
Não informado	18	26,9	19	28,4	37	55,2
De 01 a 03 salários mínimos	11	16,4	8	11,9	19	28,3
De 04 a 06 salários mínimos	5	7,5	1	1,5	6	9,0
Acima de 07 salários mínimos	1	1,5	2	3,0	3	4,5
Sem renda	2	3,0	0	0,0	2	3,0

(continua)

(continuação)

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Situação Atual Profissional						
Aposentado (a)/Pensionista	27	40,3	22	32,8	49	73,1
Não informado	6	9,0	3	4,5	9	13,4
Assalariado	4	6,0	1	1,5	5	7,5
Do lar	0	0,0	4	6,0	4	6,0
Religião						
Católica	17	25,4	14	20,9	31	46,3
Cristão	7	10,4	11	16,4	18	26,9
Espírita	6	9,0	3	4,5	9	13,4
Sem religião	7	10,4	1	1,5	8	11,9
Umbanda	0	0,0	1	1,5	1	1,5
Total	37	55,2	30	44,8	67	100,0

(conclusão)

Constatou-se, nesta população, que 40,3% (27) ficaram internados com tempo menor ou igual a 20 dias, outra parcela importante de 34,3% (23) permaneceu entre 21 e 40 dias. Verificou-se que a proporção entre homens e mulheres estava distribuída de forma equilibrada. Não houve idoso com permanência menor que 10 dias e 14,9% (10) dos pacientes permaneceram internados mais de dois meses (Tabela 2).

O principal diagnóstico de admissão no hospital, encontrado em 62,6% (42) dos idosos, foi o Acidente Vascular Encefálico (AVE), distribuído em 34,3% (23) nos homens e 28,3% (19) nas mulheres. Outro diagnóstico que contribui para o aumento da desnutrição e consequente aumento da permanência hospitalar é o câncer, que contribuiu com 19,4% (13) dos diagnósticos, incidindo tanto nos homens quanto nas mulheres (Tabela 2). Dos tipos de câncer o mais encontrado foi o de laringe.

Observou-se que 34,3% (23) dos idosos que participaram do estudo não possuíam nenhuma comorbidade, mais notado entre as mulheres com 19,4% (13) que nos homens 14,9% (10). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a comorbidade mais presente com 61,2% (41) entre os idosos, sendo que de forma isolada correspondeu a 31,3% (21), dividindo-se em 17,9% (12) nas mulheres e de

13,4% (9) nos homens. Já de forma associada, a Diabetes Mellitus (DM) contribuiu com 29,9%(20) da população, nos homens aparecem em 22,4% (15) e mostrou uma diferença importante em relação às mulheres, 7,5%. (5). Houve apenas 1,5% (1) de presença apenas de DM, assim como o de obesidade mórbida, ambos no sexo masculino (Tabela 2).

Verificou-se que 65,7% (44) não possuíam nenhuma dependência química, porém 34,3% (23) eram dependentes do tabaco, sendo que 14,9% (10) eram apenas tabagistas e, destes, 10,4% (07) eram mulheres. Um grupo de 19,4% (13) era tabagista e etilista, todos os homens (Tabela 2).

Dos participantes, 52,2% (35) eram conscientes, destes, 34,3% (23) eram homens e 17,9% (12) mulheres. Uma parcela importante, 47,8% (32), não eram conscientes, com maior porcentagem para as mulheres, 26,9% (18), e 20,9% (14) para os homens (Tabela 2).

Dos participantes do estudo, 76,1% (51) eram acamados e com distribuições semelhantes entre os dois sexos: 38,8% (26) mulheres e 37,3% (25) homens. Dos 22,4% (15) dos participantes que deambulavam 17,9% (12) eram homens. Houve apenas uma idosa em uso de cadeira de rodas (Tabela 2).

Observou-se também que 62,7% (42) dos participantes não possuíam convênio médico (Tabela 2).

Em relação aos cuidadores, constatou-se que 73,1% (49) eram exercidos por familiares, sendo 41,8% (28) nos homens e 31,3% (21) nas mulheres. Neste grupo, em 19,4% (13) o cuidado é realizado pelo cuidador formal, ou seja, contratado. Ainda em relação aos cuidadores, constatou-se que a maioria, 92,5% (62), permanece período integral com o paciente (Tabela 2).

Tabela 2 – Condições de saúde dos pacientes em uso de TNED, segundo sexo. São Paulo, 2019

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tempo de internação (dias)						
Menor ou igual a 20 dias	15	22,4	12	17,9	27	40,3
De 21 a 40 dias	12	17,9	11	16,4	23	34,3
De 41 a 60 dias	5	7,5	2	3,0	7	10,5
Acima de 61 dias	5	7,5	5	7,5	10	14,9

(continua)

(continuação)

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Diagnóstico de admissão						
Acidente Vascular Encefálico	23	34,3	19	28,3	42	62,6
Câncer	8	11,9	5	7,5	13	19,4
Alzheimer	1	1,5	3	4,5	4	6,0
Desnutrição	2	3,0	2	3,0	4	6,0
Parkinson	1	1,5	1	1,5	2	3,0
Hemorragia Sub Aracnóide	1	1,5	0	0,0	1	1,5
Insuficiência Respiratória Aguda	1	1,5	0	0,0	1	1,5
Comorbidades						
HAS	9	13,4	12	17,9	21	31,3
HAS e Diabetes Mellitus	15	22,4	5	7,5	20	29,9
Diabetes Mellitus	1	1,5	0	0,0	1	1,5
Convulsão	1	1,5	0	0,0	1	1,5
Obesidade grau III	1	1,5	0	0,0	1	1,5
Nenhuma	10	14,9	13	19,4	23	34,3
Dependência Química						
Nenhuma	21	31,3	23	34,3	44	65,7
Tabagismo e etilismo	13	19,4	0	0,0	13	19,4
Tabagismo	3	4,5	7	10,4	10	14,9
Paciente Consciente						
Sim	23	34,3	12	17,9	35	52,2
Não	14	20,9	18	26,9	32	47,8
Condições de locomoção						
Acamado	25	37,3	26	38,8	51	76,1
Deambula	12	17,9	3	4,5	15	22,4
Cadeira de rodas	0	0,0	1	1,5	1	1,5
Convênio						
Não	25	37,3	17	25,4	42	62,7
Sim	12	17,9	13	19,4	25	37,3
Quem é o cuidador						
Familiar	28	41,8	21	31,3	49	73,1
Contratado	7	10,4	6	9,0	13	19,4
Familiar/Vizinho	2	3,0	3	4,5	5	7,5
Cuidador período integral						
Sim	35	52,2	27	40,3	62	92,5
Sempre tem alguém por perto	2	3,0	3	4,5	5	7,5
Total	37	44,8	30	55,2	67	100,0

(conclusão)

Verificou-se que 100% (67) faziam uso regular da dieta, destes, 46,3% (31) estão em uso da TNED entre um e três meses, em que 28,4% (19) eram de homens, mostrando que estes estavam recém-ingressantes no programa de TNED. Para o período de quatro a cinco meses, temos 13,4% (9), sendo 10,4% (7) homens e 3,0% (2) mulheres. Para o período de seis a 11 meses temos 23,9% (16), as mulheres apresentaram percentual de 14,9% (10) e os homens 9,0% (6). Acima de 12 meses apresentaram-se 16,4% (11), dividindo-se em percentuais semelhantes, sendo 7,5% (5) para homens e 9,0% (6) para as mulheres (Tabela 3).

A gastrostomia está prevista para todos os indivíduos que fazem uso da TNE há mais de 06 meses, portanto, neste grupo, 40,3% (27) estão aguardando a gastrostomia. Quando se fala em previsão de tempo para o uso da TNE, circunstanciou que em 77,6% (52) não há previsão definida devido ao quadro clínico do paciente (Tabela 3).

A dieta e o volume prescrito-administrado nas 24 horas são considerados um dos pontos importantes da TNED, estes pacientes recebiam frascos de 1000 ml de Isosource® que continha 1,5 cal/ml. Verificou-se que 41,8% (28) dos pacientes utilizam entre 1.280-1.780ml, 38,8% (26) recebiam de 1.080-1.200ml e 19,4% (13) recebiam entre 900-960ml, portanto o aporte calórico recebido variava de 1350 a 2670 caloria/dia (Tabela 3).

Sobre as orientações referentes à TNED, 47,8% (32) dos participantes informaram que as receberam de Enfermeiro e Nutricionista, 28,3% (19) de Médico, Enfermeiro e Nutricionista, outros 20,89% (14) informaram terem recebido as orientações de vários profissionais dos quais não se lembravam das categorias. Tivemos ainda uma pequena percentagem de 3,0% (2) que indicaram a Fonoaudióloga, Médica, Enfermeiro (Tabela 3).

A dieta industrializada líquida exclusiva foi utilizada por 74,6% (50), mas ainda existe uma parcela significativa de 25,4% (17) que utilizavam dietas industrializadas líquidas, alternando com dietas caseiras (Tabela 3).

Quando questionados sobre o fornecimento das dietas e insumos, a maioria, 89,5% (60), relatou serem fornecidas pelo programa de SAD, as dietas são entregues a cada 31 dias juntamente com os insumos. Um pequeno percentual, 6,0% (4) de homens, compravam as dietas e os insumos com recurso financeiro próprio, a cada 30 dias. Outros 4,5% (3), como não haviam sido triados pelo SAD, eram atendidos pela Secretaria de Saúde do Bom Retiro (Tabela 3).

Tabela 3 – Informações sobre o uso da TNED, segundo sexo. São Paulo, 2019

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tempo de uso da TNE/mês						
1 a 3 meses	19	28,4	12	17,9	31	46,3
4 a 5 meses	7	10,4	2	3,0	9	13,4
6 a 11 meses	6	9,0	10	14,9	16	23,9
12 meses e mais	5	7,5	6	9,0	11	16,4
Previsão de uso						
Não há previsão definida	28	41,8	24	35,8	52	77,6
Aguardando Gastrostomia	9	13,4	6	9,0	15	22,4
Volume ml/24h						
900 – 960	7	10,4	6	9,0	13	19,4
1.080 - 1.200	14	20,9	12	17,9	26	38,8
1.280 - 1.780	16	23,9	12	17,9	28	41,8
Profissional que orientou sobre a TNE						
Enfermeiro e Nutricionista	17	25,4	15	22,4	32	47,8
Médico, Enfermeiro e nutricionista	10	14,9	9	13,4	19	28,3
Vários profissionais	8	11,9	6	9,0	14	20,9
Fonoaudióloga, Médico, Enfermeiro	2	3,0	0	0,0	2	3,0
Como é a dieta						
Líquida industrializada exclusivamente	27	40,3	23	34,3	50	74,6
Mista (líquida industrializada e caseira)	10	14,9	7	10,4	17	25,4
Fornecimento da dieta						
SAD	31	46,2	29	43,3	60	89,5
Recurso próprio	4	6,0	0	0,0	4	6,0
Secretaria de Saúde no Bom Retiro	2	3,0	1	1,5	3	4,5
Problema com a TNED						
Velocidade de infusão/consequências de diarreia	10	14,9	14	20,9	24	35,8
Entupimento da sonda	4	6,0	10	14,9	14	20,9
Saída da sonda	6	9,0	2	3,0	8	12
Nunca teve problemas	17	25,4	4	6,0	21	31,3
Total	37	44,8	30	55,2	67	100,0

Buscando verificar como a TNED foi implementada e os resultados do seu uso nos pacientes desospitalizados, elaborou-se a Tabela 4, na qual se verificou que 100% (67) faziam uso regular da dieta devido a ser o único meio de alimentação. Destes, encontramos que 46,3% (31) estavam em uso da TNED entre um e três

meses, em que 20,9% (14) aparecem entre as idades de 60 a 70 anos, para as idades de 71 a 90 anos apresentou-se o mesmo percentual de 11,9% (8) (Tabela 4).

Para o período de quatro a cinco meses temos 13,4% (9), apresentando igualdade de percentual para as idades de 60 a 70 anos e 91 a 100 anos com 4,5% (3) e com pouca diferença entre as idades de 71 a 90. Verificou-se que das idades entre 71 a 80 anos, 23,9% (16) utilizavam a TNED de seis a 11 meses, sendo que do mesmo período de uso as idades de 60 a 70 e 81 a 90 indicaram percentual igual 6,0% (4). Em uso de 12 meses e mais, apresentaram-se 16,4% (11), mais comuns naqueles com idade maior que 80 anos 14,9% (10) (Tabela 4).

Dos participantes, 68,6% (46) relataram algum tipo de problema com a TNED. Destes problemas, o mais frequente, apresentado em 35,8% (24), foi a velocidade de infusão com consequência de diarreia, distribuídas em todas as faixas etárias e com percentagens iguais 10,4% (7) naqueles com idade acima de 71 anos.

A obstrução de sonda ocorreu em 20,9% (14), que exibiu percentuais semelhantes para as idades de 60 a 90 anos, não registrando problemas com os acima de 91 anos. Da mesma forma, a saída da sonda, com 12% (8), não ocorreu nos acima de 91 anos, sendo mais presentes nos idosos mais jovens, ou seja, naqueles entre 60 e 70 anos e que também estavam em uso da TNED a menos tempo (Tabela 4).

Tabela 4 – Informações sobre o uso da TNED, segundo a idade. São Paulo, 2019

Variáveis	60 - 70 anos		71 - 80 anos		81 - 90 anos		91 - 100 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tempo de uso da TNE/mês										
01 a 03	14	20,9	8	11,9	8	11,9	1	1,5	31	46,3
04 a 05	3	4,5	2	3,0	1	1,5	3	4,5	9	13,4
06 a 11	4	6,0	7	10,4	4	6,0	1	1,5	16	23,9
12 e mais			1	1,5	8	11,9	2	3,0	11	16,4
Problema com a SNE										
Velocidade de infusão/consequências de diarreia	3	4,5	7	10,4	7	10,4	7	10,4	24	35,8
Obstrução da sonda	5	7,5	4	6,0	5	7,5		0,0	14	20,9
Saída da sonda	5	7,5	2	3,0	1	1,5		0,0	8	12
Nunca teve problemas	8	11,9	5	7,5	8	11,9		0,0	21	31,3
Total	21	31,3	18	26,9	21	31,3	7	10,4	67	100,0

5.2 A EXPERIÊNCIA DO USO DA TNED

Para melhor compreender o uso da TNED, as vivências, adaptações e dificuldades os pacientes foram entrevistados com o uso de gravações tanto dos pacientes como dos familiares/cuidadores (quando os pacientes não tinham condições de responder). Estas entrevistas foram transcritas, lidas e analisadas, segundo Bardin (2009), utilizando o referencial teórico da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar, em que emergiram as categorias e suas subcategorias apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorização da experiência do uso da TNED

Categorização	Sub-categorização
Processo Educativo em Saúde TNED	Contribuição das orientações
	Dificuldade de aprendizado
Vivência com a TNED	Aceitação
	Autoestima
	Uso adequado
Enfrentamento das complicações da TNED	Saída da sonda
	Obstrução da sonda
	Velocidade de infusão/consequente diarreia
Sistema de referência e contrarreferência	Resolutividade
	Recebimento da dieta
	Resolução de problemas/gastrostomia)

Estas categorias conformam o modo como os entrevistados percebiam e enfrentavam a nova realidade de vida com a TNED, ou seja, suas experiências e vivências.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES

Buscando conhecer o perfil dos pacientes idosos desospitalizados com TNED, no Município de Santo André no ABC, encontrou-se que nesta população houve mais participantes do sexo masculino, diferente de outros estudos para esta faixa etária, em que é comum maior contingente de mulheres. Estes homens estavam mais concentrados na faixa dos 60 aos 80 anos, sendo que as mulheres eram em maior número nas idades mais avançadas. Do ponto de vista da pirâmide populacional, as mulheres alcançam maior expectativa de vida, representando assim, o maior número quando comparado com os homens (Veras, 2012).

De acordo com dados do IBGE (2018), estima-se que a população brasileira será composta ao longo dos anos por cerca de 113 milhões de mulheres e 109 milhões de homens, ou seja, estaremos diante de uma população que é majoritariamente feminina.

Ainda que o maior grupo fosse proveniente do estado de São Paulo, há ainda uma parcela importante de outros estados, mais frequente entre as mulheres. A questão de migração de um Estado para outro causa desigualdade em termos de desenvolvimento, principalmente com a migração das populações desfavorecidas, aumentando as necessidades individuais, sociais e programáticas, tornando-se fundamental, cada vez mais, o conhecimento dos determinantes de saúde dos indivíduos (Silva, Galera, Moreno, 2007).

No tocante às características da cor, a maior parte dos entrevistados classificou-se como de cor branca, numa proporção duas vezes maior que a parda. Semelhante a estudos realizados no estado de São Paulo, porém, bem diferentes dos encontrados no Brasil, onde havia a mesma proporção entre os brancos e pardos (São Paulo, 2018).

Mais da metade dos pacientes relataram possuir ensino fundamental, o saber ler e escrever, em conjunto com as experiências adquiridas, eram o básico e suficiente para conduzirem suas vidas simples, ficando entre os homens o maior índice de analfabetismo. Para Torres, Pace e Stradioto (2010), o conhecimento é apenas um pré-requisito, não podendo ser o único fator envolvido na educação do

autocuidado, devem-se somar os valores dos pacientes, as percepções de barreiras, as motivações e as metas propostas, isso faz com que o paciente possa ter atitudes positivas frente ao tratamento.

Quando se refere ao estado civil, observou-se que mais mulheres viviam sem companheiros. Segundo Silva, Galera e Moreno (2007), os homens demonstram mais necessidade de ter uma companheira, tornando-se dependentes do cuidado destas. Ao contrário das mulheres, que mesmo sem a presença de um companheiro ainda prevalece a singularidade individual, reconhecendo-se como cuidadoras do âmbito familiar, talvez pelas características biologicamente dadas. Não esquecendo aquelas com convicções em relação à feminilização, buscando a liberdade de expressão e de escolha, o que talvez seja um reflexo de mudança de paradigma de gênero na sociedade (Gomes, Nascimento, Araújo, 2007).

Os dados apresentados mostram que a maioria dos idosos, não havendo diferença entre os sexos, residia em casa própria e com a família. No grupo dos que não moravam com a família, encontramos uma minoria de participantes do sexo masculino que residiam em Clínica de Repouso.

Segundo Ramos, Menezes e Meira (2010), é importante a maioria dos idosos viverem com alguém, sejam eles parentes ou não, assim, podem estar mais bem amparados em caso de problemas de saúde. Mas isso não significa, necessariamente, que estejam vivendo bem, há situações em que os idosos são esquecidos ou vistos como fontes de renda por sua aposentadoria, ou por ser provedor de moradia para os familiares.

Em contrapartida, a condição de morar sozinho pode levar o idoso a vivenciar problemas, como quedas, além do mais há também a ausência de contato familiar e isolamento social.

Ao verificar a renda familiar, chamou atenção que mais da metade dos idosos não quiseram informar seus recebimentos, relatando ser o suficiente para viver.

Não houve diferença importante entre os sexos para alguns percentuais, mas, em algumas variáveis, os homens foram evidenciados, como também singulares por não receberem nenhuma renda. O interessante foi que as mulheres, diferentes dos homens, apresentaram renda familiar acima de sete salários mínimos.

Com isso, identificou-se que, certamente, a maioria dos pacientes recebia renda para subsidiar suas despesas, assim como de sua família, o que pode ser atribuído à própria característica do Município, por ser um polo industrial,

favorecendo oferta de trabalho.

Segundo Mountian (2015), as famílias brasileiras que contêm idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais, as que não contêm idosos apresentam uma proporção de famílias pobres quase duas vezes mais elevada que as que contêm. Com isso, não se pode deixar de mencionar a importância dos benefícios/recebimentos na composição da renda das famílias. O mesmo autor ainda considera que os idosos que moram em casa própria tiveram a oportunidade de viver num período mais propício da economia brasileira, o que talvez lhes permitissem a aquisição de patrimônios, tal como a casa própria.

Ainda que neste estudo houvesse indivíduos que ainda não eram aposentados, a maioria dos idosos recebiam pensão ou aposentadoria. Os pacientes que estavam no mercado de trabalho, desenvolviam atividades como pedreiro, músico, ajudante de padaria, comerciante, costureira, estes pelo uso da sonda e TNED, estavam em adaptação e planejamento para um possível retorno ao trabalho.

Para estes pacientes, o desafio de se manterem ativos, uma vez que, são o amparo da família, tem sido a maior das preocupações, não se importando com as mudanças de hábitos, ou estilo de vida, mas sim em como adaptar sua atual situação com o trabalho.

A aposentadoria não representa necessariamente a saída do mercado de trabalho, uma vez que muitos desejam ou precisam exercer atividades remuneradas. Para Fontoura, Doll e Oliveira (2015), a aposentadoria não seria apenas um momento de adaptação da nova condição social, mas de desenvolvimento, uma vez que as pessoas estão em condições de continuar no trabalho ou buscar outras atividades profissionais. Os mesmos autores ainda relatam que alguns fatores podem conduzir os aposentados a permanecerem ativos profissionalmente, mas esta situação irá depender do significado da sua história de vida, suas expectativas, limitações, produtividade, autonomia, boas condições de saúde, preservação da imagem. Pois, quem trabalha não é velho, como também pode ser apenas para a complementação de renda devido à situação financeira, uma vez que há necessidade de manter-se trabalhando para garantir seu sustento.

No que tange sobre a religião, o catolicismo foi a predominante, entre os homens e mulheres. Percebe-se, que no decorrer do aumento da idade, muitos se voltam à religião, especialmente quando portadores de alguma doença. Buscam um suporte espiritual para lidarem com a doença e até mesmo forças para cuidarem de

si e de seus companheiros e dependentes. Quando o ser humano procura um significado para os acontecimentos da vida, a religião acaba sendo um referencial de conforto e segurança, uma estratégia para o enfrentamento de várias situações na vida, ajudando a suportar os sentimentos de culpa e raiva (Saad, Medeiros, 2008).

Especificamente em relação ao tempo de internação, percebeu-se que houve um equilíbrio na igualdade de tempo entre homens e mulheres. Variando entre internações menores de 10 dias até dois meses. Lembrando que quanto maior o tempo que o idoso permanece internado, maior os riscos de desencadear o processo de fragilidade, ainda mais quando o principal diagnóstico de internação poderá elevar o tempo de hospitalização. Em consonância, o estudo apontou que os diagnósticos de internação mais frequentes apontados foram de AVE e Câncer, acometendo tanto os homens quanto as mulheres em proporcionalidade semelhante.

Vale ressaltar que ambos os diagnósticos favorecem um maior tempo de internação, com necessidade de um suporte nutricional adequado, para a obtenção de resultados positivos.

Segundo Roque, Melo (2011), estudos semelhantes evidenciaram que pacientes internados com Acidente Vascular Encefálico, com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica tiveram significativamente maior permanência hospitalar quando comparados com outros que também sofreram AVE.

A internação é uma alternativa indispensável para a recuperação da saúde, mas também pode representar riscos ao paciente (Rufino et al., 2012). Quando o período de internação se prolonga, há baixa rotatividade de leitos e consequentemente elevação de custos, morbidade e mortalidade. Para o mesmo autor, estes períodos prolongados podem causar danos aos pacientes relacionados à assistência, sendo que em cada 10 admissões hospitalares, um dano pode ser observado, sendo que poderiam ter sido evitados na metade dos casos.

Não se pode deixar de citar que o tempo de internação também pode se prolongar por fatores relativos à condição de cada paciente, como a de falta de recurso da família em receber este paciente no domicílio (Roque, Melo, 2011; Rufino et al., 2012).

Um dado importante que deve ser considerado é que a comorbidade referida e mais frequente entre os idosos de forma isolada foi a HAS, em destaque para as mulheres. Assim como, em percentual semelhante, as mulheres não apresentaram

nenhuma comorbidade, o que mostrou uma diferença importante dos homens em relação às mulheres, quando associada HAS e DM.

A hipertensão é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares como AVE. Sabe-se que a DM e HAS são condições clínicas que podem ser assintomáticas, atingem ambos os sexos, observando uma presença maior entre as mulheres. Vale destacar que o desenvolvimento da hiperglicemia não resulta do uso da nutrição enteral, mas sim, das doenças de base do paciente ou da instabilidade hemodinâmica apresentada (Schmidt et al., 2009).

Boa parte dos idosos de ambos os sexos, referiram não deter nenhuma dependência química, porém, observou-se que o tabaco está presente na vida das mulheres, assim como o etilismo e o tabagismo estão na vida dos homens. É importante relacionar o tabagismo na morbimortalidade geral e, em especial, no surgimento das doenças cardiovasculares, estimando que este hábito seja responsável por uma em cada cinco mortes e, para aqueles que continuam a fumar até o final da vida, a chance de sofrer uma morte prematura devido a suas complicações é de aproximadamente 50%. Além disso, o tabagista tem uma chance quinze vezes maior de desenvolver câncer de pulmão, onze vezes maior de desenvolver doenças pulmonares crônicas e duas vezes maior de sofrer um infarto agudo do miocárdio, quando comparado a um indivíduo que não fuma (Abe, 2016). Além de câncer de laringe, como é o caso de alguns idosos deste grupo.

Verificamos que apesar de grande parcela desta população ser acamada, em proporção semelhante entre homens e mulheres, encontramos maior número entre as mulheres de pessoas inconscientes. Estes fatores exigem a presença de um cuidador, como mostram nossos resultados, em que a maioria possui cuidador em período integral, sendo exercido primordialmente por um familiar. Observou-se ainda que os homens, apesar de mais conscientes e deambulantes, exigem mais a presença do cuidador.

Para Bezerra (2010), o paciente acamado ou com restrição de mobilidade é susceptível a ter seu estado de saúde agravado, além disso, o custo financeiro se torna elevado no tratamento desses pacientes.

O cuidar de alguém ou prestar serviços, quando esse necessita, não é uma atuação fácil, é uma atividade complexa, focalizada em várias dimensões, sejam elas éticas, psicológicas, sociais, físicas, tendo seus aspectos clínicos, técnicos e

comunitários.

Em muitas situações, os cuidadores familiares desenvolvem seu papel, atendendo apenas as necessidades básicas. Porém com o passar do tempo as necessidades dos pacientes aumentam devido a diminuição da capacidade funcional, assim, a dependência do idoso pode exigir maiores esforços aos cuidadores, dos quais nem todas as famílias possuem membros preparados para assumir esta responsabilidade (Souza et al., 2015).

Neste grupo de pacientes, quase a metade estava com tempo de uso da TNED no período de até três meses, mostrando uma parcela importante de ingressantes nesta modalidade de alimentação, com destaque para os homens. Vale salientar que um percentual importante de pacientes está acima de seis meses em uso da TNED, alguns até com mais de um ano de uso, o que segundo a literatura é indicativo de gastrostomia. Considera-se que o tempo de uso da TNED pode ser classificado em curto e longo prazo. O curto prazo é até quatro semanas e o longo prazo, acima deste período. Frequentemente, a TNE de curto prazo é realizada por meio de SNE, que em uso prolongado pode causar lesão nasal, estresse psicológico, danos à autoimagem, dentre outras complicações. Já para as terapias de longo prazo, a gastrostomia é indicada por minimizar os riscos, principalmente em pacientes que estejam impedidos de ingerir a alimentação por via oral, devido à dificuldade de deglutição, doenças neurológicas, neurovegetativas, neoplasias, traumas ou disfagias (Ciosak et al., 2011a).

Mensurando o volume de dieta administrado nas 24 horas dos pacientes, observou-se que os volumes menores condiziam com o tempo de adaptação da TNE, sendo que os outros volumes estavam distribuídos entre os demais tempos de uso, compreendendo que o recebimento do aporte calórico variou entre 1.350 a 2.670 calorias/dia. Lembra-se que as necessidades nutricionais para o idoso devem ser estipuladas com base nas características individuais e não na sua idade cronológica.

Entende-se que a alimentação é um fator de suma importância para a promoção e manutenção da saúde, em especial aos idosos que são mais vulneráveis em relação às deficiências nutricionais. Estas alimentações devem ser proporcionalmente equilibradas. Desta forma, a TNED se faz necessária para suprir as necessidades, quando não supridas o organismo utiliza as reservas, podendo levar à desnutrição. Contudo, o excesso do aporte nutricional também pode ser

prejudicial ao organismo (Previdelli et al., 2017; Coppini et al., 2011).

Cabe observar que nos resultados encontrados, todos os participantes relataram receber orientações, no período de internação, sobre a TNED. Estas orientações eram passadas de forma verbal e escrita, todas realizadas pela equipe interdisciplinar, com o intuito de não se perder o tratamento iniciado no intra-hospitalar, mantendo assim o estado nutricional.

Embora o enfermeiro possua papel preponderante no controle da TNE, desde a manutenção até as mais variadas reações que o paciente possa apresentar durante a terapia, daí o seu protagonismo, verifica-se que entre os idosos entrevistados, as orientações são divididas com outros profissionais.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2015) e Brasil (1988), compete ao Enfermeiro os cuidados de maior complexidade técnica e o processo decisório que demanda conhecimentos científicos adequados e atualizados. Assim como o desenvolvimento de protocolos referentes à atenção de Enfermagem aos usuários em TN; ações de Educação Permanente para garantir a capacitação e atualização de equipe de Enfermagem atuante em TN; prescrição, execução e avaliação da atenção de Enfermagem em TN em todos os cenários assistenciais (hospital, ambulatório, domicílio, dentre outros).

Quando citamos as dietas, observou-se que as dietas industrializadas ainda são as mais utilizadas no âmbito domiciliar. As dietas caseiras também são utilizadas, mesmo que em menor percentual. Neste caso, deve-se observar maior rigor quanto aos cuidados de higiene, uma vez que o risco de contaminação se torna maior. Portanto, a dieta industrializada ainda continua sendo a que gera menores riscos de contaminação e é nutricionalmente mais completa (Aanholt et al., 2012), visto que nas dietas caseiras é impossível definir com precisão as calorias ofertadas no volume preparado.

As dietas fornecidas pelo Programa SAD do município eram líquidas, em frascos de 1000 ml, com 1,5 cal/ml, ou seja, cada frasco fornecia 1500 calorias, que eram entregues juntamente com os insumos em quantidade suficiente para o mês.

Vale lembrar que a organização de um SAD inclui a identificação do fluxo da oferta dos serviços existentes na RAS, desde a solicitação de inclusão e a admissão do usuário mediante os critérios de elegibilidade até o planejamento assistencial, de acordo com a avaliação do grau de complexidade e periodicidade dos atendimentos no domicílio. Este processo gera necessidade de elaboração de orçamentos,

planilhas de custos, definição de profissionais com formação adequada, prática do cuidado no domicílio e o acompanhamento do usuário desde a admissão até a alta, com exigência de registros formais (Brasil, 2014b).

Ainda em relação ao uso da dieta, o maior problema relatado em todas as faixas etárias foi em relação à velocidade de infusão com consequência de diarreia.

Ainda que fundamentados os benefícios da TNE, não se pode deixar de citar a possibilidade do surgimento de algumas disfunções, como a diarreia, que é considerada a mais frequente das complicações gastrointestinais (Castrão, 2009). Nesta população, também foi a intercorrência mais citada, que ocorreu em todas as faixas etárias, principalmente naqueles acima dos 71 anos.

Outra intercorrência mais frequente foi a obstrução da sonda, que esteve mais presente entre os idosos jovens, assim como a saída de sonda que ocorreu principalmente neste grupo. Fica uma pergunta, será que isso ocorreu por eles estarem em menos tempo de uso da TNED e com dificuldade de adaptação, visto que estes incidentes não ocorreram com idosos acima de 91 anos?

Para Sartori et al. (2013), a saída não programada da sonda enteral pode estar relacionada à agitação do paciente, fixação inadequada, tosse, vômito, aspiração oro/nasotraqueal, por essa razão é recomendado ter como parâmetro a demarcação da sonda na porção externa da narina para facilitar a avaliação. A presença da sonda pode causar alguns desconfortos aos pacientes, como sede, boca seca e levar à falta de estímulo ao paladar. Com outra visão, o momento da alimentação deixa de ter significância na integração com os familiares e passa a representar tensão, angústia e discriminação, com isso fortalece sentimentos de abandono.

Já a obstrução da sonda enteral pode estar relacionada à elevada quantidade de medicamentos, que são administrados ao mesmo tempo da dieta, como também a inadequada maceração de comprimidos injetados pela sonda e a precipitação da fórmula em razão da acidez do conteúdo gástrico. Com estes fatores, pode-se ocasionar a interrupção da dieta e dos próprios medicamentos, tendo a necessidade de repassar uma nova sonda, o que implica em desconforto para o paciente, períodos prolongados de jejum com prejuízos de seu restabelecimento (Sartori et al. 2013; Castrão, 2009).

Alguns desconfortos, como náusea, vômito, dor abdominal, não foram relatados em significância, devido à adaptação ocorrida no ambiente hospitalar.

Outro ponto interessante é que apesar de um terço dos pacientes terem

convênios de saúde suplementar, o acompanhamento da TNED com recebimento das dietas e visitas domiciliares da equipe do SAD, era realizado pelo Programa da Prefeitura. Este fato se dá pela garantia da regulamentação de um dos princípios do SUS, a Universalidade: o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; ou, ainda, atenção a todo e qualquer cidadão nos serviços públicos ou contratados (Brasil, 1988).

Com todos os dados apresentados neste estudo, cabe ressaltar a relevância da análise dos conteúdos relatados nas entrevistas. Desta forma, foi possível compreender as experiências dos pacientes que receberam alta hospitalar em uso da TNE.

6.1.1 Experiência do uso da TNED

Buscando entender a experiência do uso da TNED pelos idosos desospitalizados, as entrevistas possibilitaram algumas principais categorias de análise, sendo uma delas: O Processo educativo em saúde sobre a TNED.

Nesta categoria emergiram as seguintes subcategorias: a contribuição das orientações e a dificuldade de aprendizado.

Em absoluto, os pacientes receberam orientações pré-hospitalares, referentes aos cuidados que deveriam ter com a TNED após a desospitalização e expressaram suas visões sobre a **contribuição das orientações** no domicílio, conforme abaixo:

(...) uns anjos (se referindo a enfermagem), me deu tudo, veio escritinho, tudo detalhado com figuras explicando (E21)

(...) o hospital dá medo, mas todo mundo ajudou, todo mundo queria me explicar sobre a dieta e falei, gente de mangueirinha pra viver eu entendo (E13)

Eu não posso me queixar de nada, quando fui começar com a dieta, eles foram me explicar como funcionava e como ia ser...(E27)

As orientações, são um dos pontos cruciais para a efetividade da TNED como define o MS (Brasil, 2006):

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.

Os discursos demonstraram que vários profissionais contribuíram com as orientações para o cuidado com a terapia. Os pacientes realizaram a devolutiva para os profissionais sobre a orientação do manuseio e cuidados com a TNED, no período de internação. Mas vale lembrar, que do entendimento durante a internação para a prática no domicílio pode haver compreensões diferentes. Desta forma, entende-se que as orientações, fornecidas pelos profissionais que atuam diretamente com os pacientes em TN, devem ser de fácil compreensão e repetidas quantas vezes forem necessárias, de modo a preparar os pacientes e familiares/cuidadores para a continuidade do cuidado no domicílio, como podemos constatar com as falas abaixo:

Eles chamaram a família, explicaram...e fizeram a gente colocar água na garrafinha e ligar...(12)

E a orientação foi muito boa! Muito blá, blá, blá (risos) as coitadas repetiam a mesma coisa sempre (...) Tivemos uma boa orientação, então a gente tá fazendo o máximo pra seguir toda aquela orientação. (E48)

(...) fiz a devolutiva do jeito que a enfermeira e a nutricionista me explicaram...(E39)

Importante citar que, a contribuição das orientações, conforme a Portaria 825 (Brasil, 2016a), define que as ações educativas são indispensáveis e devem ser inseridas nas linhas de cuidado de acordo com a necessidade do paciente.

Ainda sobre a Educação em Saúde, todos os participantes compreendiam a importância das orientações que receberam no hospital, porém a complexidade da TNED devido a várias informações ao mesmo tempo levou a outra categoria, a **dificuldade de aprendizado**, conforme relatos:

(...) era muita gente dando informações, eu só balançava a cabeça (risos) a cabeça tava longe, queria minha cama, muita confusão (E14)

(...) mas veja quem é que esta afim de escutar alguma coisa naquele lugar onde as pessoas não dormem, aquele lugar não para, o barulho não deixa o cérebro pensar direito, já não consigo engolir nada, comer nada e daí o cérebro também não funcionar já é demais...(E41)

(...) O que eu posso fazer, nada, to assim (choro), estou aqui (apontou para vários folhetos) com um monte de Informações, vou deixando ai, não consigo entender nada. (E25)

É fundamental, nas práticas de educação em saúde, envolver não somente os profissionais, mas, também, o paciente e seu cuidador que precisam construir seus conhecimentos, ampliando sua autonomia nos cuidados. Assim, entende-se que a qualidade da assistência/orientações, tanto no âmbito hospitalar ou na AD, deve ser provida com informações completas, inclusive complicações e possíveis intervenções que possam atender às necessidades dos pacientes (Brasil, 2006).

Desta forma, toda expressão advinda dos pacientes, sejam elas elogios ou não, como é o caso de haver grande quantidade de informação, precisam ser consideradas, servindo como parâmetro do que precisa ser aperfeiçoado continuamente (Bôas, Shimizu, 2015).

É importante que as orientações para alta não ocorram no momento da saída do paciente do hospital, mas que sejam dadas ao longo da internação, com pelo menos três dias de antecedência, pois a decisão de continuidade de TNE, não ocorre de véspera e é necessário que o paciente aprenda o cuidado de forma gradativa.

Diante da nova condição de vida, outra categoria destacada foi sobre a **vivência com a TNED**. Todos os pacientes tiveram o discernimento da necessidade da nova fase pela qual passariam. Todavia, quando interpelados sobre a **aceitação**, as expressões de indignação ficaram evidentes por grande parte dos participantes:

Está sendo muito difícil a adaptação, as vezes tenho vontade de arrancar tudo, incomoda pra dormir este negócio, é muito ruim, no hospital não aguentei e puxei porque estava coçando minha garganta (silêncio), daí veio um monte de gente me dar bronca e falaram que iam amarrar minhas mãos, mas graças a Deus eu vim pra casa (choro) vão colocar na barriga, é triste ver a comida entrando pelo nariz, minha família faz tudo certinho com a comida, me sinto inchada depois que como,...(E26)

Não consigo entender esta situação, ainda está difícil de aceitar, não sei o que vamos fazer... Nossa! trabalhei a vida inteira, dando o sustento pra minha casa, ta difícil de aceitar...(E3)

Foi mais difícil para minha família do que pra mim, eles só sabem chorar, estou nestas condições, é difícil de aceitar que fiquei doente com esta idade, mas até que cheguei bem, mas veja só menina, não consigo ficar parado (E28)

Isso aqui (apontou para a sonda) é sempre um susto pra mim, quando espirro então, vishi parece que vai sair tudo, quando vou tossir incomoda, irrita.(E25)

Ahhh! Tive que aprender, saio na rua e todos ficam olhando, Só sinto falta da minha cervejinha meu cigarrinho e dos papos com os amigos, mal consigo falar agora, me sinto sozinho...E14)

Qualquer mudança significativa no estilo de vida pode levar a pessoa ao despertar de variados sentimentos em diferentes momentos. Podem ser sentimentos que alternam entre aceitação, negação e revolta. Desta forma, cada paciente reage diferentemente aos acontecimentos inesperados, o que pode causar a ruptura da sua forma habitual de vida. Esta, por sua vez, pode acontecer nos diversos segmentos da vida, como trabalho, família, lazer, assim como a incerteza e a insegurança de como será o tratamento (Costa et al., 2015; Kubler, 1969).

As necessidades do paciente frente a uma doença são diferentes em cada período, o que acaba trazendo implicações em seu cotidiano e nas relações com as pessoas do seu convívio. Muitas vezes o paciente até aceita a nova condição, mas as atitudes de seus familiares acabam dificultando a sua adaptação, o que pode ser um ponto para a desistência da TN (Costa et al., 2015; Kubler, 1969).

A vivência com a TNED não trouxe apenas aprendizados relacionados à terapia, mas trouxe consequências para sua **autoestima**. As modificações impostas pela TNE e seu tratamento podem levar à alteração no estilo de vida dos pacientes, o que é circunstanciado pela necessidade do uso da sonda para se alimentar e a manutenção e recuperação da saúde. Neste sentido, a alteração da imagem corporal reflete na autoestima do paciente.

Este ponto da TNED fez com que despertasse na ótica do paciente a pluralidade de sentimentos e desafios perante a nova situação de sua imagem, de forma positiva e negativa conforme relatos citados:

Não está sendo nada fácil, principalmente na minha auto estima, quando vou a igreja as irmãs ficam me olhando com dó, querendo cuidar de mim, mas não estou inútil...(E29)

Às vezes fico revoltada, não acredito que Deus fez isso comigo, sou muito vaidosa (E30)

(...) até subo escadas para trocar a lâmpada, essa mangueirinha não está atrapalhando em muita coisa não, o médico disse que vai colocar ela na barriga, (risos) depois ninguém me segura, vou conseguir falar melhor, porque quando falo a sonda fica cutucando minha garganta (risos)...(E28)

Para Costa e Soares (2016), a imagem corporal pode ser compreendida pela maneira que a pessoa percebe e sente o próprio corpo, ou seja, sentimentos, pensamentos e idealização sobre o próprio corpo para uma vida social. Desta maneira, quando esta imagem sofre alteração significativa, os sentimentos e as atitudes podem variar de pessoa para pessoa, pois a imagem corporal é um aspecto central da autoestima e este fator não pode ser subestimado.

Os mesmos autores relatam ainda que as reações dos pacientes, referentes às alterações, dependerão de alguns fatores como: a maneira que as enfrentarão, a origem da alteração, a real importância da imagem para si e, principalmente, os tipos e possibilidades de apoio que receberão enquanto ajustam-se à nova imagem do corpo. Em retorno, o paciente pode negar ou negligenciar a situação, adaptar-se, flexibilizando suas atitudes, ou buscar conforto, compartilhando o problema com amigos e familiares, como ilustrado nos discursos:

Estou muito feio, meus netos ficaram com medo de chegar perto de mim, sei que tudo aqui é passageiro e vou morrer logo... Ahhh a gente aprendeu a lidar com isto, o ser humano aprende, mas é ruim né viver tanto e não poder comer direito (E63)

(...) Não me olho no espelho mais, para não ver este negócio no meu nariz, Deus está encurtando cada vez mais o local por onde a minha comida passa (silêncio). (E3)

O uso adequado da TNED, tornou-se um desafio nas adaptações do saber se alimentar e do viver para estes pacientes, podendo observar nas falas:

(...) Mas somente em casa é que nos demos conta da realidade e de tudo que nos explicaram no hospital... (E2)

(...) aprendemos muitas coisas...uma delas foi a cuidar da sonda, a gente tá fazendo à risca, procuro fazer tudo por ela. (E16)

(...) com esta idade fazendo dieta, (risos), eu me sinto bem com a dieta, logico que queria minha comida, mas preciso me alimentar, lavar bem a sonda depois de cada dieta, e manter ela (sonda) enroladinha (E61)

Para que o uso da TNED possa ter sua eficácia alguns cuidados devem ser observados não somente baseados nas técnicas de administração, mas também com amplo olhar como, orientações seguidas, vontade do próprio paciente de prosseguir com a terapia do próprio paciente e participação da família.

(...) não quero dar trabalho para o pessoal, então eu coloco minha comidinha aqui e depois eu tiro, bebo minha água pelo caninho e vou dar minhas voltinhas, mas sempre monitorado (risos apontando para a esposa)... aprendi a cuidar da minha própria comida, me alimento sem problemas eu coloco eu tiro, igualzinho aprendi no hospital...(E17)

(...) dai minha neta muito estudiosa, falou “deixa eu ver aqueles papeis do hospital”, foi ai que descobrimos que o intestino soltou porque estava rápido a comida (risos), depois desse dia passamos a ter mais cuidado e ler o que as enfermeiras entregaram, o desespero para vir pra casa foi tanto que não li foi nada (risos) (...) (E20)

Segundo Aanholt et al. (2012), as orientações quanto ao uso adequado devem serem claras, objetivas, respeitando o nível de escolaridade dos envolvidos.

Além disso, é importante que os esclarecimentos das dúvidas e inseguranças em relação ao tratamento, aquisição de materiais, dietas, sejam compartilhadas com a equipe de profissionais que o acompanha na Rede. Isso faz com que o uso da terapia não se transforme em um tormento. Neste contexto, se faz entender que o uso adequado da TNE inicia com uma boa orientação.

As orientações da TN devem ser programadas, conforme a Portaria nº 3.390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013:

“Ainda no hospital, o cuidador responsável por acompanhar o paciente deve ser orientado quanto aos cuidados em TN no domicílio e treinado quanto à adaptação ao sistema intermitente por bolus ou gotejamento”

Ainda assim, a intervenção de visita domiciliar se faz necessária para melhorar o uso da TNED, entendendo o ambiente familiar e amenizando as inseguranças dos pacientes e familiares/cuidadores, auxiliando para os objetivos da terapia.

No que diz respeito ao **enfrentamento das complicações**, os participantes do estudo expressaram que seguiram as orientações, fornecidas no hospital.

Entretanto, observou-se que mesmo com as orientações verbais e impressas com ilustrações, ainda tiveram algumas dificuldades, tais como, saída e obstrução da sonda, assim como a velocidade de infusão, que teve como consequência a diarreia, conforme observado a seguir:

(...) quando não tinha a dieta minha nora fazia em casa até entupiu a sonda, foi um sufoco, porque teve que tirar e colocar outra (E62)

(...) ate entupiu a sonda, foi um desespero grande, não lavava direito, mas agora fico feliz. (E46)

(...) já perdi essa sonda várias vezes, to cansado, daqui a pouco vou embora dessa vida...nem entope mais, ta todo mundo acostumado (E35)

(...) mas acho que fiz algo errado porque meu intestino soltou, e não voltava ao normal de jeito nenhum, usei um monte de fralda, foi só prejuizo, mas ensinei todo mundo aqui em casa que isso (apontou para a dieta) tem que ir gota a gota. (E32)

A TNED requer acompanhamento individual adequado para evitar algumas complicações, passíveis de serem evitadas. Para isso, estabelecer protocolos, garantir a qualidade e segurança são pontos fundamentais. Como vimos, as principais complicações estão relacionadas às diarreias, devido à infusão rápida, as obstruções e as saídas das sondas, que poderiam ser evitadas se estas fossem enfatizadas durante o treinamento.

Para Aanholt et al. (2012) e MS (Brasil, 2015), o cuidado centrado no paciente é o ponto crucial para a qualidade dos cuidados em saúde. É recomendado que a educação e a assistência sejam direcionadas não somente aos pacientes, mas aos familiares/cuidadores. Esta é a função da equipe multiprofissional, que ao realizar as visitas domiciliares, possam reduzir as inseguranças e dúvidas, estender a disponibilização do contato para dúvidas, diminuindo assim as complicações da TNED.

As orientações sobre os cuidados com a TNED se estendem ao suporte da **referência e contrarreferência**, tanto na questão de resolutividade de problemas, quanto para o recebimento das dietas e insumos e a possibilidade de gastrostomia.

(...) no hospital informaram pra onde eu tinha que ir caso precisasse e me deram o telefone e o endereço, aonde eu tinha que ir pra fazer o cadastro para pegar as dietas... (E4)

Antes da alta do hospital, foi uma moça e disse que o Programa da Prefeitura ia em casa fazer uma visita, no hospital me deram uma dieta até a Prefeitura vir aqui...(E53)

A preocupação sobre qual caminho seguir, onde buscar ajuda, foi uma constante aos pacientes e familiares/cuidadores, mesmo recebendo no hospital as orientações juntamente com as da TNED. Nos relatos a seguir, essa vivência fica óbvia:

(...) a gente nunca tá preparado (silêncio), quando saiu a sonda, tivemos que chamar a ambulância, que me levou para o pronto socorro, fiquei lá o dia inteiro....(E1)

(...) o enfermeiro que vem aqui em casa, me avisou que se a sonda sair, era pra ligar pra ele, mesmo no domingo, porque não posso ficar sem a comida... (E7)

(...) estou aguardando o médico dizer quando é que vou colocar na barriga...(E15)

Olha filha, agora temos um pessoal da Prefeitura que vem aqui e deixa um monte de coisas ali (apontando para as caixas de dietas e insumos)(E47)

Entende-se que o SUS funciona como uma rede que deve estar integrada, para que o atendimento aos usuários não sofra interrupções. Contudo, há muito que se avançar, pois a comunicação entre os níveis setoriais não funciona adequadamente, talvez pela não compreensão da importância da articulação entre os diferentes setores ou pela falta de gerência e administração, como por exemplo, o uso do prontuário eletrônico que poderia integrar os diferentes níveis de saúde (Brasil, 2014b).

Compreende-se que a articulação da RAS ainda é um desafio para a organização dos serviços de saúde, o que fragmenta a assistência, dificultando o as orientações recebidas pelo paciente na alta hospitalar. Além disso, mostra também, uma certa confusão para os profissionais de saúde envolvidos, que muitas vezes não estão preparados para lidar com o paciente em uso de TNED (Brasil, 2014a).

(...) eles não fazem nada, e eu fico sem a dieta o dia inteiro (se referindo ao atendimento do Pronto Atendimento) (E38)

É tudo diferente, depois de anos de vida, com convênio, agora dizem que é para esperar que vão colocar na minha barriga(ostomia)... tudo no serviço público, vou esperar né (risos)...(E51)

O Caderno de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa (Brasil, 2015) destaca a importância do acolhimento da equipe de saúde para com o paciente e família no domicílio, o que torna o atendimento mais humano e favorece o planejamento para o cuidado.

Como vimos, os discursos mostram que a maioria dos pacientes, apesar das dificuldades, está sendo acolhida, respaldada e recebendo a dieta pelo SAD, programa do município.

Avaliou-se que não houve desistência do uso da TNED, mesmo com as lacunas de adaptação e principalmente do funcionamento dos serviços de saúde. Os pacientes e familiares não mediram esforços para a continuidade da TNED.

Aparentemente segundo os relatos estão fazendo uso adequado da dieta, que apesar de algumas intercorrências, no geral tem-se uma boa resolatividade para a TN. Entretanto ainda há uma certa deficiência no que concerne à espera para a gastrostomia, o que em muito contribuirá para aumentar autoestima/imagem do paciente.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O estudo permitiu verificar o uso e a continuidade da TNED no paciente desospitalizado de um hospital público em um município do Grande ABC, possibilitando o conhecer o perfil dos 67 entrevistados:

Da caracterização dos pacientes participantes:

- 55,2% (37) eram homens, 44,7% 44,8% eram mulheres;
- 38,8% (26) homens viviam com suas companheiras;
- 35,8% das mulheres viviam sem companheiros;
- A idade dos pacientes entrevistados variou de 60 a 100, sendo que na faixa 60 a 80 anos estava o maior número de homens 35,8% (24);
- A maioria referiu ser de cor branca, 67,2% (45), e ter escolaridade até o ensino fundamental, com maior número de homens sem escolaridade, 14,9% (10), em relação às mulheres;
- 82,1% (55), moravam em casa própria, não havendo diferença entre os sexos;
- 55,2% (37) dos idosos, não quiseram informar a renda familiar, mas 28,4% (19) referiu receber de um a três salários mínimos;
- A maioria eram aposentados/pensionistas, 73,1% (49), e alguns pacientes exerciam atividades remuneradas;
- 46,3% (31) eram de religião católica;
- 40,3% (27) ficaram internados com tempo menor ou igual a 20 dias;
- Os principais diagnósticos de admissão no hospital foram: o Acidente Vascular Encefálico com 62,7% (42) e o câncer com 19,4% (13);

- 34,3% (23) não possuíam nenhuma comorbidade, a hipertensão foi a comorbidade mais presente com 61,2% (41);
- 76,1% (51) dos participantes são acamados, 22,4%(15) dos participantes deambulavam;
- 52,2% (35) eram conscientes, desses 34,3% (23) eram homens;
- 52,2% (35) dos pacientes eram conscientes, 47,8% (32) não eram conscientes;
- 37,3% (25) dos participantes possuíam convênio médico;
- 73,1% (49) dos cuidadores eram familiares, sendo que 41,8% (28) homens e 31,3% (21) mulheres, 92,5% (62) permanecem período integral com o paciente;
- 19,4%(13) era cuidador formal, ou seja, contratado;
- 100% (67) faziam uso regular da dieta, 46,3% (31) estavam em uso da TNED e entre um a três meses e 38,8% (27) com seis meses e mais;
- 40,3% (27) estão aguardando a gastrostomia;
- 41,8% (28) dos pacientes utilizam entre 1.280-1.780ml, 38,8%(26) recebiam de 1.080-1.200ml e 19,4%(13) recebiam entre 900-960ml;
- 47,8% (32) informaram que receberam as orientações do cuidado com a TNED do Enfermeiro e Nutricionista 28,4% (19) dos Médico, Enfermeira e Nutricionista;
- 74,6% (50) utilizaram a dieta industrializada líquida exclusiva;
- 89,6% (34) relataram que as dietas e insumos são fornecidos pelo programa de SAD;
- 4,5% (3), como não haviam sido triados pelo SAD, eram atendidos pela Secretaria de Saúde do Bom Retiro.

A experiência do uso da TNED mostrou:

1. Todos os pacientes receberam orientações durante o período de internação sobre a TNE, sua continuidade no domicílio e a dificuldade de aprendizado:
2. A vivência com a TNED mostrou a relação com a: aceitação, autoestima e o uso adequado da TNED.
3. Quanto a complicações com a TNE, enfrentaram problemas com saída e obstrução da sonda e velocidade de infusão que teve como consequências diarreia.
4. Não houve registro de reinternações na amostra estudada.
5. Os sistemas de referência e contra-referência, funciona com boa resolutividade, embora com dificuldade em efetivar as ostomias.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou o quanto são importantes as orientações e o suporte assistencial para a continuidade da TNED ao paciente idoso desospitalizado. Porém, estas têm ocorrido sem sequência, fornecendo muitas vezes orientações repetidas ao longo da internação, levando o paciente a desgastes e bloqueios. Lembrando que quantidade de informação não significa qualidade.

Infelizmente, verificou-se que o enfermeiro da EMTN atua em outras frentes, o que dificultou o planejamento e o seguimento das orientações pós-alta para a TNED, na Instituição de referência, mostrando a importância deste profissional em coordenar o processo ensino-aprendizagem.

Como tivemos a oportunidade de conhecer o SAD de Santo André em ocasiões anteriores, verificou-se uma mudança altamente positiva, ao constatar o tipo de atendimento que o paciente tem recebido, buscando sempre a resolutividade das solicitações apresentadas.

Antes os pacientes recebiam alta e eram direcionados à Unidade de Saúde, PSF ou outro segmento de saúde do município mais próximo de sua residência, o que acarretava em reinternações devido à descontinuidade e às complicações da terapia.

Muitas dificuldades enfrentadas no cotidiano foram amenizadas e algumas solucionadas com a reorganização do fluxo de acolhimento aos pacientes desospitalizados, através do programa SAD, que está reavaliando e reclassificando todos os pacientes com cuidados domiciliares, inclusive os com indicação para gastrostomia/jejunostomia.

Com o novo modelo de gestão, o serviço social do SAD é acionado pelo hospital, para avaliação da situação do paciente e familiar/cuidador dias antes de ocorrer a alta hospitalar, com orientações da necessidade de efetivação do cadastro, para o recebimento das dietas e insumos.

Como este fluxo ainda é recente no município, as divergências de informações por parte dos equipamentos de saúde e também dos profissionais acabam dificultando e contradizendo as orientações que os pacientes e familiares/cuidadores receberam no hospital, gerando algumas vezes sentimentos de desamparo aos recém-ingressantes da TNED. Mas, com o acolhimento do SAD, a insegurança

sobre a nova rotina de vida tem sido amenizada com o aprendizado no ambiente que é propício ao paciente, seu lar.

Para contribuir com o aprendizado e atenuar a carga de trabalho e emocional dos familiares/cuidadores, independentemente do tempo em que o paciente está em de uso da TNED, o SAD realiza reuniões semanais para orientações e socialização das experiências que estes vivenciam no dia a dia.

Os dados encontrados revelam uma boa aceitação dos pacientes, adaptação à nova rotina de vida pelos pacientes e familiares e com poucos relatos de reinternações, um problema que era frequente entre os idosos.

Apesar das dificuldades enfrentadas pelo serviço e pelos pacientes, em desenvolver uma comunicação efetiva para que ocorra um cuidado em TNED sem dificuldades e complicações, percebeu-se que esta vem sendo implementada de forma a dar continuidade à terapia iniciada durante a hospitalização, mostrando novas possibilidades de cuidados domiciliares.

Vale ressaltar a importância do treinamento e orientações de forma sistematizada buscando facilitar a retenção do aprendizado pelo paciente e familiar e onde o enfermeiro deve ser o protagonista, por entender os pontos críticos da administração da TNE. Este processo deve ser o mais precoce, possível, considerando a data prevista para a alta do paciente.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Aanholt DPV, Dias MCG, Marin MLM, Silva MFB, Cruz MELF, Fusco SRG et al. Terapia nutricional domiciliar. Rev Assoc Med Bras. 2012;58(4):408-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000400008>.

Aanholt DPV, Matsuba CST, Dias MCG, Silva MLT, Nascimento JEA. Inquérito brasileiro sobre o estado atual da terapia nutricional domiciliar. BRASPEN J. 2017; 32 (3):214-20.

Abe TMO. Internação e mortalidade por doença cardiovascular e cerebrovascular no período anterior e posterior à lei antitabaco na cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016 [citado 2019-04-11]. doi:10.11606/T.5.2017.tde-06012017-093421.

Alves CC. Waitzberg DL. Indicações e Técnicas de Ministração em Nutrição Enteral. 4ªed. São Paulo: Atheneu. p.787-96. 2009.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2009.

Bertolozzi MR et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(esp. 2):1326-30.

Bezerra SMG. Prevalência de úlcera por pressão e cuidados dispensados em acamados no domicílio [dissertação]. Universidade Federal do Piauí; 2010.

Bôas MLV, Shimizu HE. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. Acta Paul Enferm. 2015;28(1):32-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500007>.

Braga SFMB, Guimarães LVMG, Silveira RB, Pinheiro DC. As políticas públicas para os idosos no Brasil: a cidadania no envelhecimento. Revista Diálogos Interdisciplinares. 2016; 5(3).

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII. Da ordem social. Diário Oficial da União, Brasília, 1988. Capítulo II, Seção II, Arts 196-200.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica de saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.

Brasil. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [texto na Internet]. Brasília; 1994. [citado 2019 abril 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução n. 63, de 6 de julho de 2000. Regulamento técnico para fixar requisitos mínimos exigidos para a terapia nutricional enteral [internet], Brasília, 2000 [citado em 2019 abr 12]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2000/63_00rdc.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n.19).

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS; 2012.

Brasil. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [internet]. Brasília; 2013. [citado 2018 ago. 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a.

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b.

Brasil. Ministério da Saúde. Melhor em Casa: cuidados em terapia nutricional. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Caderno de Atenção Domiciliar, v. 3).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016b.

Campos MTFS, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. Rev Nutr. 2000; 13(3):157-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732000000300002>.

Castrao DLL, Freitas MM, Zaban ALRS. Terapia nutricional enteral e parenteral: complicações em pacientes críticos - uma revisão da literatura. Comun Ciênc Saúde. 2009;20(1):65-74.

Ciosak SI, Matsuba CST, Silva MLT, Serpa LF, Poltronieri MJ. Projeto Diretrizes: Acessos para Terapia de Nutrição Parenteral e Enteral. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2011a. p. 17-23.

Ciosak SI et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011b; 45(spe2):1763-1768. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>.

Ciosak SI, Matsuba CST. Cuidados de Enfermagem na Nutrição Enteral. In: Waitzberg DL Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 1025-36.

Ciosak SI, Moreira. Cuidados de enfermagem na nutrição enteral. In: Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 897-905.

Ciosak SI. Rotinas de Monitoramento em Home Care na Terapia Nutricional. Terapia Nutricional enteral e parenteral: consenso de boas práticas de enfermagem. São Paulo; Marinari; 2014. p. 115-128.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O financiamento da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 453/2014. Dispõe sobre norma técnica para atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [citado 2018 set. 2]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/Resolucao_453-14_Anexo.pdf.

Coppini LZ, Sampaio H, Marco D, Martini C. Projeto Diretrizes: Recomendações Nutricionais para adultos em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. São Paulo; Associação Médica Brasileira; 2011. p. 25-34.

Costa MF, Soares JC. Alimentar e nutrir: sentidos e significados em cuidados paliativos oncológicos. Rev Bras Cancerol. 2016;62(3):215-24.

Costa TF, Costa KNFM, Martins KP, Fernandes MGM, Brito SS. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. Esc Anna Nery. 2015;19(2):350-5. DOI: 10.5935/1414-8145.20150048.

Felipe, LK, Zimmermann A. Doenças crônicas degenerativas em idosos: dados fisioterapêuticos Revista Brasileira em Promoção da Saúde [internet] 2011, 24: [citado 2018 abr. 20] Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820076006>. ISSN 1806-1222.

Figueiredo MLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Loiola NLA. As diferenças de gênero na velhice. Rev Bras Enferm. 2007;60(4):422-427. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400012>.

Figueredo LP. Complicações da Terapia Nutricional Enteral (TNE) e fatores associados em pacientes hospitalizados [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011 [citado 2018 01 21]. DOI: 10.11606/D.7.2011.tde-21062011-152352.

Filho WJ, Busse A, Jorge AAL, Galvao CES, Silva FP, Tiberio IFLC, et al. Envelhecimento: Uma visão Multidisciplinar. Rio de Janeiro: Atheneu; 2015.

Fontoura DS, Doll J, Oliveira SN. O Desafio de aposentar-se no mundo contemporâneo. Educação & Realidade. [internet] 2015 [citado 2019 abr 20]; 40(1). Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/3172/317232811005>.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pub. [internet] 2007 [citado 2018 dez. 8] 23(3):565-74. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n3/15.pdf>.

Hojaij NHSL, Oliveira RA. A Bioética no Envelhecimento. Rio de Janeiro: Atheneu; 2015. cap.11, p. 95-99.

Inouye K, Pedrazzani, ES, Avarini SC. Iost.Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(2):350-357. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200018>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Sociodemográfico da População e de Saúde no Brasil. [citado 2018 abr 26]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santo-andre/pesquisa/23/25888?detalhes=true>.

Kubler-Ross E. On death and dying. New York: Scribner; 1969.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. p.9-29.

Mountian AG, Efeitos de aposentadoria em Saúde e Mobilidade ocupacional no Brasil. [tese]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo; 2015.

Piovacari SMF, Matsuba CST. Orientação da Terapia Nutricional enteral para alta Hospitalar. In: Waitzberg DL. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 1263-74.

Pompeu JE et al. Mobilidade do Idoso. Rio de Janeiro: Atheneu; 2015. cap.5. p.33-41.

Previdellil NA, Goulartl RMM, Aquinol RC. Balanço de macronutrientes na dieta de idosos brasileiros: análises da Pesquisa Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev Bras Epidemiol.* 2017; 20(1):70-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010006>.

Ramos JLC, Menezes MR, Meira EC. Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano *Rev Baiana Enfermagem.* 2010; 24(1, 2, 3):43-54.

Raslan M et al. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. *Rev Nutrição.* 2008; 21(5):553-561.

Richardson RJ. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. São Paulo: Atlas; 2011.

Roque KE, Melo ECP. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. Rev Esc Anna Nery. 2011; 15(3):595-601.

Rufino GP et al. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. Rev Bras Clínica Médica. 2012; 10(4):291-297.

Saad M, Medeiros R. A Espiritualidade e saúde. Einstein (São Paulo). 2008;6(3):135-6.

São Paulo. Prefeitura de Santos André. Departamento de indicadores sociais e econômicos. Anuário demográfico [citado 2018 dez 13]. Disponível em: <http://www.santoandre.sp.gov.br/pesquisa/ebooks/381434.PDF>.

São Paulo. Prefeitura de Santos André. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Secretaria de Saúde. 2014. [citado 2018 jan 24]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&codTpRel=01>.

São Paulo. Prefeitura de Santos André. Secretaria de Saúde. [citado 2016 set 20]. Disponível em: <http://www2.santoandre.sp.gov.br/index.php/institucional-ss-2/43-cidade-de-santo-andre>.

São Paulo. Prefeitura de Santos André. Departamento de indicadores sociais e econômicos. Anuário demográfico [acesso em 2019 jan 13]. Disponível em: <http://www.santoandre.sp.gov.br/pesquisa/ebooks/381434.PDF>.

Sartori T, Rosanelli CLSP, Stumm EM, Kolankiewicz ACB, Loro MM. Vivências de pacientes em uso de sonda para nutrição enteral experiencia de los pacientes en uso de la sonda para la nutrición enteral. Rev Pesq Cuid Fundam. 2013;5(1):3276-84. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897012.pdf>.

Schmidt M, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Sampaio RM et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida. Brasil, 2009. Rev. saúde pública; 43(supl.2):74-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900010>.

Serpa LF. Manejo das Complicações na Terapia Nutricional Enteral. In: Matsuba CST, Serpa LF, Ciosak SI, organizadoras. Terapia nutricional enteral e parenteral: consenso de boas práticas de enfermagem. São Paulo: Marinari; 2014. p. 851-102.

Silva L, Galera SAF, Moreno V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. Acta Paul Enferm. [Internet]. [citado 2014 ago. 20] 2007;20(4):397-403. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/01.pdf>.

Silva MLT, Rodrigues JJGR. Motilidade, Digestão, Absorção e Processamento de Nutrientes. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 211-226.

Silveira VN. A Nutrição no Envelhecimento [Monografia] Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto; 2012. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/68898>.

Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM, Magilli EM, Simões PW, Ceretta LB, Tuon L. Cad Saúde Colet. 2015; 23(2):140-149.

Torres HC, Pace AE, Stradioto MA. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. Cogitare Enferm. 2010; 15(1):48-54.

Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. Cad Saude Publica [Internet]. 2012 [citado 2018 fev. 13]; 28(10):1834-1840. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n10/03.pdf>.

Waitzberg DL, Nogueira, MA. Indicação, Formulação e Monitoração em Nutrição Parenteral Central e Periférica. 4ªed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 921-932.

WHO, World Health Organization. World report on ageing and health: summary. Genebra: WHO; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/186468>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para caracterização dos participantes

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar – Cerqueira César,
São Paulo/SP – CEP 05403-000 – e-mail: enssecr@usp.br
Telefones: (11) 3061-7652 – Fax: (11)3061-7662

Número do instrumento _____

Data da coleta dos dados ____/____/____

Data da entrevista ____/____/____

Telefone _____

a) Identificação

1. Nome ((primeiras iniciais):	2. Idade:
3. Número do Registro de Prontuário:	
4. Data da alta ____/____/____	5. Tempo de internação (dias):
6. Sexo () Masculino () Feminino	
7. Cor/Origem Étnica () amarela () branca () indígena () parda () preta () sem informação	
8. Escolaridade () Fundamental () ensino médio () superior () pós-graduação () outros	
9. Estado civil () Casado (a) () Solteiro (a) () Outros	
10. Reside com quem? () esposa () filhos () netos () sozinho () cuidador () Clínica de Repouso () outros Especificar: _____	
11. Casa onde mora () Própria () Aluguel () Paga prestação () Casa de repouso () Outros Especificar: _____	
12. Renda familiar () Aposentado (a) () Pensionista () Assalariado () Outros Especificar: _____	

b) Roteiro Norteador da Entrevista

1. Diagnóstico principal de admissão _____	
2. Comorbidades () Diabetes Mellitus () Hipertensão Arterial () Outros () Nenhum Especificar: _____	
3. Unidade de Internação () clínica médica () clínica cirúrgica () semi intensiva () UTI	
4. Qual o motivo para estar em TNE? _____	
5. Há quanto tempo está em uso da TNE?	6. Previsão do tempo que irá usar?
7. O Sr tem usado à dieta com regularidade? () sim () Não Especificar: _____	
8. Qual a quantidade de dieta que esta fazendo uso por dia? Especificar: _____	
9. O Sr (a) sabe o que é TNE? () sim () Não Especificar: _____	
10. O Sr (a) sabe por que está em uso da sonda? () sim () Não Especificar: _____	
11. Quando recebeu orientações sobre a TNE? () Quantos dias antes da alta hospitalar: _____ dias () No dia da alta () Logo ao passar a sonda nasointestinal () Nunca recebi informações () Durante a hospitalização () Não lembro () Outros Especificar: _____	
O Sr (a) recebeu orientações sobre como cuidar:	
Dieta	() Não () Sim qual _____
Sonda	() Não () Sim qual _____
Fixação	() Não () Sim qual _____
Administração	() Não () Sim qual _____
Lavagem	() Não () Sim qual _____
Complicações	() Não () Sim qual _____
12. Qual foi o profissional que transmitiu as orientações sobre a TNE? () Médico () Enfermeiro () Fonoaudióloga () Nutricionista () Fisioterapia () Técnico de Enfermagem () Agente Comunitário de Saúde () Outros Especificar: _____	
13. Como as orientações foram transmitidas? () Verbal () Folder () Cartilha () Demonstração de figuras () Vídeo () Treinamento com demonstração () Vídeos () Outros	

Especificar _____

14. O Sr. fez devolutiva do seu treinamento no hospital?

() sim () Não

Especificar: _____

15. Para qual profissional realizou a devolutiva?

() Médico () Enfermeiro () Fonoaudióloga () Nutricionista () Fisioterapia

() Técnico de Enfermagem () Agente Comunitário de Saúde () Outros

16. Como é sua dieta?

() Caseira () Industrializada () As duas () Outros

Especificar: _____

17. Quem fornece sua dieta?

() Comprada pronta

() Comprada em módulos e preparada no domicílio

() Preparada com ingredientes listados pela nutricionista

() UBS

() Secretaria da saúde

() Outros

Especificar: _____

De quanto em quanto tempo? Especificar: _____

18. Como é realizado o armazenamento da dieta?

Especificar: _____

19. Quem fornece os insumos (equipo, material de curativo, frasco para a dieta e seringa) para a administração da dieta?

() Particular

() UBS

() PSF

() PID

() Secretaria da saúde

() Outros

Especificar: _____

De quanto em quanto tempo? Especificar: _____

20. Como é realizado o armazenamento dos insumos?

Especificar: _____

21. O Sr (a) sabe “cuidar” da sonda nasointestinal? () sim () Não () mais ou menos

22. O Sr (a) recebe visita de algum profissional no domicílio? () Não () Sim

De quem? () UBS () PSF () PID

Qual? () Médico () Enfermeiro () Fonoaudióloga () Nutricionista () Fisioterapia
() Técnico de Enfermagem () Agente Comunitário de Saúde () Outros

Especificar: _____

Qual a frequência? _____

23. Quando soube da alta hospitalar o Sr (a) foi orientado a procurar algum serviço em caso de dificuldades ou complicações com a sonda ou dúvidas com a TN?

() sim () Não

Qual? () Hospital () UBS () Pronto Atendimento () UPA
() Home Care () PSF () PID () Outros

Especificar: _____

24. O Sr (a) já teve algum tipo de problema com a sonda ou dúvidas com a TN?

() sim () Não

Especificar: _____

25. Quando precisa de algum tipo de ajuda com a sonda ou com a TN para onde o Sr (a) vai?

() Hospital () UBS () Pronto Atendimento () UPA
() Home Care () PSF () PID () Outros

Especificar a situação em qual procura o serviço _____

Perguntas abertas:

Como o Sr (a) se sente após o uso da dieta?

Caso necessite usar esta dieta por mais uma ano, o Sr. Faria?

Quais as situações que o Sr (a) tem vivenciado em relação à TNED?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar – Cerqueira César
São Paulo/SP – CEP 05403-000 – e-mail: enssecre@usp.br
Telefones: (11) 3061-7652 – Fax: (11) 3061-7662

PESQUISA - PACIENTE IDOSO DESOSPITALIZADO: A CONTINUIDADE DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Estou convidando o (a) senhor (a) para participar da pesquisa PACIENTE IDOSO DESOSPITALIZADO: A CONTINUIDADE DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR que tem como objetivo avaliar o uso e a continuidade da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar e justifica-se pelo aumento crescente do uso dessa terapia em pacientes internados, especialmente os idosos, que necessitam dar continuidade desta terapêutica no domicílio. Desta maneira, os resultados obtidos poderão contribuir para a ampliar o conhecimento sobre a terapia nutricional enteral domiciliar e sua continuidade no cuidado.

Solicito sua colaboração para responder a um formulário e uma entrevista que levarão em média 40 minutos. O risco desta pesquisa está relacionado exclusivamente ao campo emocional, por ser uma investigação sobre experiência vivida, onde o (a) senhor (a) poderá solicitar o término das atividades quando se sentir cansado e assim agendaremos uma nova data e horário para que possamos retomar sua participação. Além disso, se suas lembranças lhe causarem algum tipo de desconforto, nosso encontro poderá ser interrompido e me comprometo a acolhê-lo e providenciar se necessário, seu encaminhamento à Unidade de Saúde da Família mais próxima.

Caso o participante tenha alguma despesa decorrente de sua participação na pesquisa, o ressarcimento será feito pela pesquisadora, mediante comprovante como nota fiscal, por exemplo. Será garantida, ainda, a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

A entrevista é sigilosa, será gravada e realizada no âmbito domiciliar. Todos seus dados são confidenciais e você não será identificado. Você pode desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento sem que haja qualquer tipo de prejuízo em nosso relacionamento.

Os benefícios desta pesquisa poderão lhe oferecer a possibilidade de falar sobre a experiência vivida, reorganizar os pensamentos, elaborar significados de sua experiência e contribuir para melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes em Terapia Nutricional, de forma segura.

Os dados coletados serão utilizados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados por meio de artigos científicos em revistas especializadas e/ou eventos científicos, sempre resguardando sua identidade.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá tirar suas dúvidas, entrando em contato com os pesquisadores responsáveis. A pesquisadora principal é a enfermeira Elisângela Azevedo Domingues que pode ser encontrada à Rua Chui, 653 – Vila Pires – Santo André – São Paulo - CEP 09121-440, pelos telefones: (11) 98457-1911, e-mail: elisaadomingues@gmail.com ou com a Profª Drª. Suely Itsuko Ciosak - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Cerqueira César, São Paulo - SP, 05403-000 - pelo telefone (11) 3061-7652, e-mail: siciosak@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, o (a) senhor (a) pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP, à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, Bairro Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000 – São Paulo/SP ou pelo telefone (11) 3061-8858, e-mail: cepee@usp.br ou o CEP da Faculdade de Medicina ABC, à Av. Lauro Gomes, 2.000 – Santo André – SP – CEP: 09060-650 – Telefone: 4993-5453 – e-mail: cep@fmabc.br.

Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado em duas vias, sendo que uma delas será disponibilizada para o (a) senhor (a).

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

_____, _____ de _____ de 2018.

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PACIENTE IDOSO DESHOSPITALIZADO: A CONTINUIDADE DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR

Pesquisador: ELISANGELA AZEVEDO DOMINGUES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88634418.8.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.712.883

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem como finalidade a dissertação de mestrado da pesquisadora responsável sob a orientação da Professora Doutora Suely Itsuko Ciosak. Propõe-se um estudo a ser realizado "sob os pressupostos da pesquisa quantitativa e qualitativa, descritiva, exploratória, fenomenológica". Os dados quantitativos permitirão contextualizar o perfil dos idosos em uso de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) e a forma que se dá esta continuidade, já os dados qualitativos permitirão buscar a interpretação da situação por meio da consciência, da vivência do paciente, além de compreender como esses pacientes percebem o mundo da TNED que não podem ser descritos com variáveis. O local de estudo será o Município de Santo André, na Região do Grande ABC, cuja população correspondia a 715.231 habitantes, desses 90.992 idosos, segundo dados do IBGE em 2017. Levantar-se-ão junto ao Centro Hospitalar do Município de Santo André (CHMSA), referência regional, os serviços de referência onde o paciente desospitalizado com TNED, fará seguimento. A população constituir-se-á por 50 pacientes desospitalizados, no CHMSA, que atendam aos seguintes critérios de inclusão: ter tido alta com indicação de uso de TNED e estar em uso de TNE no domicílio por pelo menos 30 dias (período que se supõe, que o paciente esteja adaptado e em uso da TNED), ter 60 anos de idade e mais, pacientes de ambos os sexos, conscientes ou não, residentes no município. Caso o paciente por quaisquer questões não tiver condições de responder ao formulário, o familiar ou o cuidador poderá responder ao instrumento. Para a coleta

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.712.883

de dados foi elaborado um formulário com informações sobre os dados sócio demográficos dos participantes: idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, dados sobre o diagnóstico, a indicação do uso da TNED e outras informações sobre a TNED e questões norteadoras sobre a experiência do uso da TNED. Os dados serão registrados pela pesquisadora no instrumento e as respostas às questões norteadoras serão gravadas. Após aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e autorização do gestor em saúde do Município de Santo André, será contatado a unidade para a obtenção da lista de pacientes com TNED e partir daí selecionar aqueles que atendam aos critérios de inclusão. A aplicação do formulário se dará em entrevistas individuais agendadas no âmbito domiciliar, para as questões qualitativas será utilizado um gravador, para auxiliar na captação dos dados, com maior detalhamento possível. As entrevistas ocorrerão após leitura, concordância e assinatura do Consta do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) pelo paciente ou familiar. Os resultados serão inseridos em planilhas Excel e editor de texto, para posteriormente serem apresentadas em tabelas, para análise de frequência. Para alguns resultados, serão aplicados testes estatísticos específicos apropriados. Os dados qualitativos serão analisados de acordo com os preceitos análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar o uso e a continuidade da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) do paciente idoso desospitalizado.

Objetivos Secundários:

- Conhecer o perfil dos pacientes idosos desospitalizados com TNED;
- Verificar se existe e como ocorre o sistema de referência e contra referência no atendimento ao paciente em uso de TNED;
- Verificar a continuidade e os resultados do uso da TNED nos pacientes desospitalizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com as proponentes os "riscos que esta pesquisa oferece aos participantes estão relacionados exclusivamente ao campo do bem-estar emocional, por ser uma investigação sobre experiência vivida." Consta do TCLE que "Caso você sinta algum desconforto em compartilhar as informações durante a entrevista, você pode desligar o gravador ou recusar a responder. Havendo qualquer desconforto na participação, serão dados os devidos cuidados e encaminhamentos para a Unidade de Saúde da família mais próxima".

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.712.883

Como benefícios informam que "falar sobre a experiência vivida oferece a possibilidade de reorganizar os pensamentos, elaborar significados de sua experiência e contribuir para melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes em TN, de forma segura".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tendo em vista que há um aumento crescente do uso de terapia nutricional enteral (TNE) em pacientes internados, especialmente os idosos, os quais necessitam dar continuidade a esta terapêutica no domicílio, e que a atenção à saúde no domicílio é estimulada pelo Sistema Único de Saúde, no processo de alta hospitalar, como parte da oferta de cuidados em rede, os resultados obtidos poderão verticalizar o conhecimento sobre a continuidade da TNED, notadamente na perspectiva do participante/representante legal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Foram incluídos no TCLE: justificativa para a realização do estudo, campo destinado à assinatura do participante/representante legal e que a pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
- Conforme solicitado, o cronograma foi revisto (período destinado a apreciação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa foi atualizado para 29 de maio a 31 de julho e início da coleta de dados para 01 de agosto de 2018;
- Foi apresentado orçamento financeiro, do tipo custeio, no valor de R\$ 2.500,00.

Recomendações:

Rever o TCLE que ainda contém falhas de digitação, como exemplo: "Desta maneira, os resultados obtidos poderão contribuir para a ampliar(...)".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419	
Bairro: Cerqueira Cesar	CEP: 05.403-000
UF: SP	Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-8858	E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.712.883

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1123901.pdf	28/05/2018 14:07:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	28/05/2018 14:06:50	ELISANGELA AZEVEDO DOMINGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/05/2018 14:06:33	ELISANGELA AZEVEDO DOMINGUES	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	27/04/2018 16:22:13	ELISANGELA AZEVEDO DOMINGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 14 de Junho de 2018

Assinado por:

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FMABC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PACIENTE IDOSO DESHOSPITALIZADO: A CONTINUIDADE DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR

Pesquisador: ELISANGELA AZEVEDO DOMINGUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88634418.8.3001.0082

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina do ABC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.793.884

Apresentação do Projeto:

Com o aumento da população idosa, o perfil de saúde, também, vem se transformando e, de acordo como o IBGE, três em cada quatro

idosos têm alguma doença crônica. Com o processo de envelhecimento, mudanças corporais, bioquímicos e fisiológicos e as necessidades

nutricionais também se transformam e algumas doenças agudas associadas às crônicas, levam o idoso à hospitalização, envolvendo maiores riscos,

implicando em tratamentos prolongados de recuperação lenta e até com reinternações, elevando os custos com saúde. Muitos destes pacientes

necessitam de Terapia Nutricional, sendo a enteral a mais frequente, para corrigir, manter ou melhorar o estado nutricional, sendo necessários,

muitas vezes, dar continuidade no domicílio da Terapia Nutricional enteral domiciliar, realidade esta, cada vez mais frequente. **Objetivo:** Avaliar o

uso e a continuidade da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do paciente idoso desospitalizado.

Metodologia: Será realizado uma pesquisa

descritiva, exploratória, prospectivo sob os pressupostos da pesquisa quantitativa e qualitativa, para melhor apreender a situação da Terapia

Nutricional Domiciliar, com pacientes idosos desospitalizados, que se encontram em uso de Terapia Nutricional Enteral, há pelo menos um mês.

Endereço: Av. Lauro Gomes, 2.000

Bairro: Vila Sacadura Cabral

UF: SP

Município: SANTO ANDRÉ

CEP: 09.060-870

Telefone: (11)4993-5453

E-mail: cep@fmabc.br

FACULDADE DE MEDICINA DO
ABC/FUNDAÇÃO DO ABC -
FMABC

Continuação do Parecer: 2.793.884

Serão entrevistados 50 idosos (idade 60 anos e mais) de ambos os sexos que tiveram alta do Centro Hospitalar do Município de Santo André, município este que vem se destacando pelo crescente número de idosos entre a população. Será utilizado um instrumento para captar os dados sócio-demográficos além de questões norteadoras para captar a realidade do uso da Terapia de Nutrição Enteral no domicílio. A coleta ocorrerá no período de junho a setembro de 2018, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Escola de Enfermagem da USP. Os dados quantitativos serão apresentados em forma de tabelas de frequência e os qualitativos serão analisados à luz do referencial de Badin.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o uso e a continuidade da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do paciente idoso desospitalizado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos que esta pesquisa oferece aos participantes estão relacionados exclusivamente ao campo do bem-estar emocional, por ser uma investigação sobre experiência vivida.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa poderão lhe oferecer a possibilidade de falar sobre a experiência vivida, reorganizar os pensamentos, elaborar significados de sua experiência e contribuir para melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes em Terapia Nutricional, de forma segura.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo será realizado sob os pressupostos da pesquisa quantitativa e qualitativa, descritiva, exploratória, fenomenológica.

O estudo será realizado no Município de Santo André, localizado Região do Grande ABC e faz parte da região metropolitana de São Paulo.

A população deste estudo será constituída por 50 pacientes desospitalizados, no CHMSA, em uso

Endereço: Av. Lauro Gomes, 2.000

Bairro: Vila Sacadura Cabral

UF: SP

Município: SANTO ANDRÉ

Telefone: (11)4993-5453

CEP: 09.060-870

E-mail: cep@fmabc.br

FACULDADE DE MEDICINA DO
ABC/FUNDAÇÃO DO ABC -
FMABC

Continuação do Parecer: 2.793.884

de TNE, acompanhados nas UBS no município

de Santo André, ter 80 anos de idade e mais, ambos os sexos, estar em uso de TNE por pelo menos 30 dias, conscientes ou não,

Para a coleta desta pesquisa foi elaborado um questionário contendo dois tópicos principais: a. Identificação dos participantes: idade, sexo, estado

civil, renda familiar; b. Roteiro norteador da entrevista com informações relacionadas ao uso da TNE:

Diagnóstico, motivo do uso, previsão do tempo

de uso, ciência do uso da sonda, quem, como e quando recebeu as orientações sobre a TNE, cuidados com a sonda e com a dieta, serviço de

referência, onde e quando procurar caso ocorra complicações, e principais dificuldades em relação à TNED.

A aplicação do questionário se dará em entrevistas individuais agendadas no âmbito domiciliar, será utilizado um roteiro de entrevista com auxílio de

um gravador.

Estima-se que esta entrevista possa ocorrer após um intervalo mínimo de quatro semanas pós alta, período que se supõe, que o paciente esteja

adaptado a TNED.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes termos de apresentação obrigatória foram submetidos à apreciação por este comitê:

TCLE

formulário

Carta de submissão

Projeto de Pesquisa

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Solicita-se para enviar relatórios semestrais a este comitê na forma de emenda.

Endereço: Av. Lauro Gomes, 2.000

Bairro: Vila Sacadura Cabral

UF: SP

Município: SANTO ANDRÉ

CEP: 09.060-870

Telefone: (11)4993-5453

E-mail: cep@fmabc.br

Continuação do Parecer: 2.793.884

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1158836.pdf	03/07/2018 14:09:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFMABCCORRIGIDO.docx	03/07/2018 14:08:42	ELISANGELA AZEVEDO DOMINGUES	Aceito
Outros	Carta.pdf	22/06/2018 12:58:41	ELISANGELA AZEVEDO DOMINGUES	Aceito
Outros	Formulario.docx	22/06/2018 12:58:09	ELISANGELA AZEVEDO DOMINGUES	Aceito
Outros	Carta.docx	22/06/2018 12:57:45	ELISANGELA AZEVEDO DOMINGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	28/05/2018 14:06:50	ELISANGELA AZEVEDO DOMINGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/05/2018 14:06:33	ELISANGELA AZEVEDO DOMINGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

SANTO ANDRE, 01 de Agosto de 2018

Assinado por:
MARCIA RODRIGUES GARCIA TAMOSAUSKAS
(Coordenador)

Endereço: Av. Lauro Gomes, 2.000
Bairro: Vila Sacadura Cabral
UF: SP Município: SANTO ANDRE
Telefone: (11)4993-5453
CEP: 09.060-870
E-mail: cep@fmabc.br